

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PARA DESCRIBIR LOS  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE QUIRÚRGICO EN ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN  
QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DERLY AZUCENA CARRILLO LOPEZ  
LUZ ANGÉLICA LONDOÑO SUÁREZ  
PAOLA ALEJANDRA MOYA ROJAS  
PAULA KATHERINE NAICIPA RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA  
BOGOTÁ D.C.  
2019**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PARA DESCRIBIR LOS  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE QUIRÚRGICO EN ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN  
QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**Trabajo de grado para optar por el título de Profesional en Instrumentación  
Quirúrgica**

**DERLY AZUCENA CARRILLO LOPEZ  
LUZ ANGÉLICA LONDOÑO SUÁREZ  
PAOLA ALEJANDRA MOYA ROJAS  
PAULA KATHERINE NAICIPA RODRIGUEZ**

**Asesora Temática**

**MONICA PATRICIA CEPEDA**

**Asesora Metodológica**

**NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO**

**Asesor Estadístico**

**EDGAR ANTONIO IBAÑEZ PINILLA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA  
BOGOTÁ D.C.**

**2019**

## **NOTA DE ACEPTACIÓN**

## **NOTA DE SALVEDAD**

*“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velara por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.*

## **DEDICATORIA**

A Dios, le damos gracias, porque Él estuvo en cada una de las enseñanzas y dificultades que presentamos al realizar todo este proceso y donde siempre nos acompañó.

Donde Él nos mantiene unidos a nuestras familias cada día, y cada una de ellas nos ayudó a salir adelante.

También nos regaló en este camino a nuestros profesores como lo son: Naida Lizeth Beltrán Pérez quien fue nuestra asesora inicial, que con su apoyo, perseverancia, constancia y motivación salimos adelante con la elaboración del trabajo; a Narda Carolina Delgado Arango por apoyarnos en su momento; a Mónica Patricia Cepeda por ser una asesora inspiradora y le agradecemos su tiempo ofrecido para culminar completamente este trabajo; y a Edgar Antonio Ibáñez Pinilla asesor estadístico por el gran apoyo que nos ha ofrecido.

Y a todos aquellos que con un pequeño grano de arroz nos ayudaron en todo este camino.

Salmos 35:5 Jehová, hasta los cielos llega tu misericordia y tu fidelidad alcanza hasta las nubes. Amén.

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, le agradecemos a la Universidad El Bosque, por habernos dado la oportunidad de ser parte de ella, donde encontramos la Facultad de Medicina que como todos sus programas son excelentes, y en ella el programa de Instrumentación Quirúrgica, donde cada persona que los conforma nos ayudó en cada paso para lograr llegar donde estamos; y así mismo la Directora del Programa nos brindó su apoyo, igualmente que cada uno de los docentes que nos brindaron sus conocimientos.

A la vida le damos gracias por darnos tanta enseñanza en cada paso que damos, a Dios primordialmente porque todo lo que tenemos es gracias a Él, porque nos dio la fortaleza, la sabiduría y la paciencia para llevar a cabo cada fase de este gran proyecto.

A nuestras familias les damos gracias y a Dios por darnos tan maravillosas personas, ya que nos ayudaron con cada dificultad que presentamos, donde nos dieron a diario palabras de emotividad para salir delante de nuestras dificultades tanto personal y grupal.

No ha sido nada fácil el camino, pero tampoco ha sido imposible, porque gracias a Dios, familia y profesores salimos adelante; así que gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>PROBLEMA .....</b>   | <b>19</b> |
| 1.1        | <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>   | 19        |
| 1.2        | <b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>   | 22        |
| 1.2.1      | <b>Pregunta general.....</b>  | 22        |
| 1.2.2      | <b>Preguntas específicas.....</b>   | 22        |
| <b>2</b>   | <b>JUSTIFICACIÓN.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>3</b>   | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>26</b> |
| 3.1        | <b>OBJETIVO GENERAL.....</b>  | 26        |
| 3.2        | <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>   | 26        |
| <b>4</b>   | <b>MARCO DE REFERENCIA .....</b>  | <b>27</b> |
| 4.1        | <b>MARCO HISTÓRICO.....</b>   | 27        |
| 4.1.1      | <b>Contexto Internacional en Seguridad de Paciente.....</b>   | 27        |
| 4.1.2      | <b>Contexto Nacional en Seguridad de Paciente.....</b>  | 28        |
| <b>4.2</b> | <b>MARCO LEGAL.....</b>   | 28        |
| 4.2.1      | <b>Lineamientos Internacionales.....</b>  | 29        |
| 4.2.1.1    | <i>Lista de verificación del paciente quirúrgico.....</i>   | 29        |
| 4.2.1.2    | <i>Objetivos esenciales del Paciente Quirúrgico .....</i>   | 31        |
| 4.2.1.3    | <i>Estadísticas Quirúrgicas vitales.....</i>  | 32        |
| 4.2.1.4    | <i>Soluciones para la seguridad de los pacientes relacionados con el ámbito quirúrgico.....</i>                           | 33        |
| 4.2.2      | <b>Lineamientos Nacionales.....</b>   | 35        |
| 4.2.2.1    | <i>Política de Seguridad del Paciente .....</i>   | 35        |
| 4.2.2.1.1  | <i>Objetivos de la Política de Seguridad del paciente .....</i>   | 36        |
| 4.2.2.1.2  | <i>Estrategias de la Política de Seguridad del paciente .....</i>   | 37        |
| 4.2.2.2    | <i>Caja de Herramientas de la Estrategia de la Seguridad del paciente .....</i>   | 42        |
| 4.2.2.2.1  | <i>Primera Herramienta: Estudio para Evaluar la ocurrencia de Eventos Adversos</i>  | 43        |
| 4.2.2.2.2  | <i>Segunda Herramienta: Formato sugerido para el reporte Institucional de Eventos Adversos .....</i>                      | 44        |
| 4.2.2.2.3  | <i>Tercera Herramienta: Instrumentos de TAMIZAJE para la vigilancia interinstitucional .....</i>                          | 46        |
| 4.2.2.2.4  | <i>Cuarta Herramienta: TRIGGER TOOL (“gatillos”, “disparadores”, “pistas”) de Eventos adversos con Medicamentos .....</i> | 47        |
| 4.2.2.2.5  | <i>Quinta Herramienta: Formato Sugerido para Identificar y generar la decisión de investigar un evento adverso. ....</i>  | 49        |

|            |   |    |
|------------|---|----|
| 4.2.2.2.6  | <i>Sexta Herramienta: Proceso Sugerido para la Investigación y Análisis Eventos Adversos (Protocolo de Londres)</i> ..... | 50 |
| 4.2.2.2.7  | <i>Séptima Herramienta: Rondas de Seguridad</i> .....   | 55 |
| 4.2.2.2.8  | <i>Octava Herramienta: Formatos para la vigilancia de caídas de paciente</i><br>56  |    |
| 4.2.2.2.9  | <i>Novena Herramienta: Instrumento Pert para la evaluación de reingresos prematuros</i> .....                             | 57 |
| 4.2.2.3    | <b>Componentes del Sistema Único de Habilitación</b> .....  | 58 |
| 4.2.2.3.1  | <i>Capacidad Técnico-Administrativa:</i> .....  | 58 |
| 4.2.2.3.2  | <i>Suficiencia patrimonial y financiera:</i> .....  | 58 |
| 4.2.2.3.3  | <i>Capacidad tecnológica y científica:</i> .....  | 58 |
| <b>4.3</b> | <b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....   | 60 |
| 4.3.1      | <b>Elaboración de un Cuestionario</b> .....   | 60 |
| 4.3.2      | <b>Validación de un instrumento de medida</b> .....   | 61 |
| 4.3.3      | <b>Características psicométricas de un instrumento</b> .....  | 62 |
| 4.3.4      | <b>Conceptualización de un CAP</b> .....  | 64 |
| 4.3.4.1    | <i>Conceptualización del conocimiento</i> .....   | 65 |
| 4.3.4.2    | <i>Conceptualización de las actitudes</i> .....   | 65 |
| 4.3.4.3    | <i>Conceptualización de la práctica</i> .....   | 66 |
| 4.3.4.4    | <i>Objetivo principal de la encuesta</i> .....  | 66 |
| 4.3.5      | <b>Protocolo de la Encuesta tipo CAP</b> .....  | 66 |
| 4.3.6      | <b>Muestreo de la población</b> .....   | 67 |
| 4.3.7      | <b>Etapas de la Elaboración de la Encuesta Tipo CAP</b> .....   | 67 |
| 4.3.8      | <b>Análisis de la información</b> .....   | 67 |
| 4.3.9      | <b>Conclusión de la Encuesta tipo CAP</b> .....   | 67 |
| <b>4.4</b> | <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> .....   | 68 |
| 4.4.1      | <b>Clasificación y taxonomía de la seguridad del paciente</b> .....   | 68 |
| 4.4.2      | <b>Retos Mundiales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente</b> ... 69  |    |
| 4.4.2.1    | <i>Primer reto para la seguridad del paciente: Una atención limpia es una atención más segura</i> .....                   | 70 |
| 4.4.2.2    | <i>Segundo reto para la seguridad del paciente: Cirugía segura salva vidas</i> 71   |    |
| 4.4.2.3    | <i>Tercer reto mundial para la seguridad del paciente: medicación sin daños</i><br>73                                     |    |
| 4.4.3      | <b>Investigación en Seguridad del Paciente</b> .....  | 74 |
| 4.4.4      | <b>Soluciones para la Seguridad del Paciente</b> .....  | 77 |
| 4.4.4.1    | <i>Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos</i> .....                  | 77 |
| 4.4.4.2    | <i>Definiciones básicas de la política de seguridad del paciente</i> .....  | 80 |
| <b>5</b>   | <b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....  | 82 |
| <b>6</b>   | <b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....   | 83 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 6.1   | LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....  | 83  |
| 6.2   | TIPO DE ESTUDIO .....   | 83  |
| 6.3   | POBLACIÓN Y MUESTRA .....   | 83  |
| 6.4   | PERFIL DE LOS EXPERTOS .....  | 84  |
| 6.5   | CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....  | 85  |
| 6.6   | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....  | 85  |
| 6.7   | TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....                                    | 85  |
| 6.7.1 | Plan de análisis de la información .....                                  | 85  |
| 7     | RESULTADOS .....  | 86  |
| 7.1   | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....                                     | 86  |
| 7.2   | RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CADA INSTRUMENTO POR LOS<br>EXPERTOS ..... | 87  |
| 7.2.1 | Conocimientos .....   | 88  |
| 7.2.2 | Actitudes .....   | 96  |
| 7.2.3 | Prácticas .....   | 100 |
| 7.2   | INSTRUMENTO DEFINITIVO .....  | 105 |
| 8     | DISCUSIÓN .....   | 113 |
| 9     | CONCLUSIONES .....  | 115 |
| 10    | RECOMENDACIONES .....   | 116 |
| 11    | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 117 |

## LISTA DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1.</b> <i>Fechas destacadas en el contexto internacional.....</i>   | 27 |
| <b>Tabla 2.</b> <i>Fechas destacadas en el contexto nacional .....</i>   | 28 |
| <b>Tabla 3.</b> <i>Principios fundamentales de la OMS para la realización de la lista de verificación.....</i>   | 29 |
| <b>Tabla 4.</b> <i>Diez objetivos esenciales para la cirugía segura OMS. ....</i>  | 32 |
| <b>Tabla 5.</b> <i>Resoluciones relacionadas con seguridad de paciente en Colombia. ....</i>   | 35 |
| <b>Tabla 6.</b> <i>Objetivos de la política de seguridad del paciente .....</i>  | 36 |
| <b>Tabla 7.</b> <i>Instrumento tamizaje derivado del proyecto IBEAS Colombia, revisado y validado .....</i>  | 46 |
| <b>Tabla 8.</b> <i>Formato sugerido para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso. ....</i>                                     | 49 |
| <b>Tabla 9.</b> <i>Preguntas a hacer durante las Rondas de Seguridad del Paciente. Hospitales y Centros de Salud. Universidad de Michigan. USA .....</i> | 55 |
| <b>Tabla 10.</b> <i>Características Psicométricas de un instrumento. ....</i>  | 63 |
| <b>Tabla 11.</b> <i>Objetivos principales de la encuesta.....</i>  | 66 |
| <b>Tabla 12.</b> <i>Categorías de los conceptos de seguridad del paciente establecidos por la OMS 2006.....</i>  | 69 |
| <b>Tabla 13.</b> <i>Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente .....</i>  | 77 |
| <b>Tabla 14.</b> <i>Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos.....</i>                                 | 78 |
| <b>Tabla 15.</b> <i>Definiciones de la política de seguridad del paciente .....</i>  | 80 |
| <b>Tabla 16.</b> <i>Tabla de operacionalización de variables .....</i>   | 86 |

## LISTA DE DIAGRAMAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Diagrama 1.</b> <i>Modelo pedagógico (Estructura de seguridad del paciente)</i> .....  | 41 |
| <b>Diagrama 2.</b> <i>Modelo de ancla F-H</i> .....   | 42 |
| <b>Diagrama 3.</b> <i>Los siete estándares de habilitación</i> .....  | 60 |
| <b>Diagrama 4.</b> <i>Líneas de acción del segundo reto mundial de la Organización Mundial para la seguridad de paciente cirugía segura salva vidas</i> ..... | 72 |
| <b>Diagrama 5.</b> <i>Ciclo de la Investigación sobre la seguridad del paciente. OMS. 2007</i> .....  | 75 |
| <b>Diagrama 6.</b> <i>Parámetros de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente</i> .....   | 76 |

## LISTA DE IMÁGENES

|   |    |
|---|----|
| <b>Imagen 1.</b> <i>Lista de verificación de la Organización Mundial Para La Salud, Cirugía segura salva vidas.</i> .....   | 30 |
| <b>Imagen 2.</b> <i>Países en donde se ha aplicado la lista de verificación de la OMS.</i> .....  | 31 |
| <b>Imagen 3.</b> <i>Fórmula para calcular la mortalidad asociada a las intervenciones quirúrgicas.</i> .....  | 33 |
| <b>Imagen 4.</b> <i>Modelo explicativo del queso suizo por James Reason</i> .....   | 38 |
| <b>Imagen 5.</b> <i>Análisis Sistemático de los Incidentes</i> .....  | 39 |
| <b>Imagen 6.</b> <i>Modelo teórico</i> .....  | 44 |
| <b>Imagen 7.</b> <i>Formato sugerido para la detención de eventos adversos.</i> .....   | 45 |
| <b>Imagen 8.</b> <i>Sistema Trigger Tool</i> .....  | 48 |
| <b>Imagen 9.</b> <i>Modelo Organizacional de Causalidad de Eventos Adversos “Protocolo de Londres”</i> .....  | 54 |
| <b>Imagen 10.</b> <i>Pauta de Evaluación de Riesgos en caídas de Pacientes.</i> .....   | 56 |
| <b>Imagen 11.</b> <i>Instrumento PERT para la evaluación del reingreso de prematuros</i> .....  | 57 |
| <b>Imagen 12.</b> <i>Criterios de aplicación de habilitación</i> .....  | 59 |
| <b>Imagen 13.</b> <i>Proceso de una encuesta o survey.</i> .....  | 61 |
| <b>Imagen 14.</b> <i>Afiche promocional Primer reto atención limpia atención segura. Alianza mundial por la seguridad del paciente. 2008</i> .....                    | 70 |
| <b>Imagen 15.</b> <i>Afiche de los 5 momentos de lavado de manos primer reto atención limpia atención segura. Alianza mundial por la seguridad del paciente</i> ..... | 71 |
| <b>Imagen 16.</b> <i>Afiche promocional Segundo reto cirugía segura salva vidas. Alianza mundial por la seguridad del paciente.</i> .....                             | 73 |
| <b>Imagen 17.</b> <i>Tercer reto mundial de la Organización Mundial De La Salud. Medicación sin daño</i> .....  | 74 |

## RESUMEN

**Introducción:** Este estudio de trabajo de grado, tiene como objetivo diseñar y validar un instrumento para describir los conocimientos, actitudes, y prácticas, con los que cuentan los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque, sobre seguridad del paciente quirúrgico. Se realiza tomando como base diferentes estudios impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y documentos normativos relacionados con la Seguridad del Paciente, los cuales tienen como finalidad generar conciencia sobre las consecuencias, daños que se presentan en el entorno quirúrgico y a su vez generan alternativas para la conservación de la integridad del paciente; también se realiza impulsado por los propósitos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, principalmente el que hace énfasis en fomentar la investigación como parte fundamental para dar soluciones, y mejorar la seguridad y atención del paciente.

**Objetivo:** El presente estudio descriptivo de corte transversal, tiene como finalidad el diseño y validación de un instrumento con el cual se puedan determinar variables para describir conocimientos, actitudes, y prácticas en la seguridad del paciente quirúrgico de los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad y que sirva para futuros estudios que busquen incentivar la implementación o el fortalecimiento de estrategias encaminadas a la disminución de los eventos adversos en los que los estudiantes puedan estar involucrados en los distintos escenarios de su práctica formativa.

**Resultados:** Durante el proceso de análisis y la debida interpretación de los datos obtenidos del proceso de validación por los expertos en Instrumentación Quirúrgica y educación y el experto en metodología, se evidenció que el instrumento tiene un 88% de aceptabilidad; por lo tanto se realizaron los debidos ajustes al instrumento final con respecto al capítulo III donde tuvo un 66% de claridad.

**PALABRAS CLAVE:** Eventos adversos, seguridad del paciente quirúrgico, personal de salud en formación, Organización Mundial de la Salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study of work of degree, aims to design and validate an instrument to describe the knowledge, attitudes, and practices, which have the students of training practice of Surgical Instrumentation of the El Bosque University, on surgical patient safety. It is carried out based on different studies promoted by the World Health Organization (WHO) and normative documents related to Patient Safety, which aim to raise awareness about the consequences, damages that occur in the surgical environment and at the same time generate alternatives for the preservation of patient integrity; It is also done driven by the purposes of the World Alliance for Patient Safety, especially the one that emphasizes promoting research as a fundamental part to provide solutions, and improve patient safety and care.

**Objective:** The present descriptive cross-sectional study, has as purpose the design and validation of an instrument with which variables can be determined to describe knowledge, attitudes, and practices in the safety of the surgical patient of the students of the Surgical Instrumentation training practice of the University and that serves for future studies that seek to encourage the implementation or strengthening of strategies aimed at reducing adverse events in which students may be involved in the different scenarios of their training practice.

**Results:** During the analysis process and the due interpretation of the data obtained from the validation process by the experts in Surgical Instruments and education and the expert in methodology, it was evidenced that the instrument has 88% acceptability; Therefore, due adjustments were made to the final instrument with respect to Chapter III, where it was 66% clear.

**KEYWORDS:** Adverse events, safety of the surgical patient, health personnel in training, World Health Organization.

## **ABREVIATURAS**

- CAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. (Página 76)
- EA: Evento Adverso. (Página 15)
- EAM: Eventos Adversos Medicamentosos. (Página 55)
- ENEAS: Estudio Nacional sobre Efectos Adversos. (Página 28)
- GTT: Global Tigger Tool. (Página 72)
- ICONTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (Página 44)
- IBEAS: Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos. (Página 24)
- MPS: Ministerios de la Protección Social en Salud. (Página 33)
- OMS: Organización Mundial de la Salud. (Página 28)
- OPS: Organización Panamericana de la Salud. (Página 50)
- SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (Página 33)
- SUH: Sistema Único de Habilitación en Salud. (Página 69)

## GLOSARIO

- **Ambiente:** *Referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura<sup>1</sup>.*
- **Daño:** *“Efecto adverso o grado de destrucción causado por un fenómeno sobre las personas, los bienes, sistemas de prestación de servicios y sistemas naturales o sociales. Efectos Adversos de Medicamentos: Resultado desfavorable e inesperado de un medicamento que acontece a las cantidades normales para prevención, tratamiento o diagnóstico médicos”<sup>2</sup>.*
- **Equipo de trabajo:** *Todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros)<sup>1</sup>.*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado, se realiza como requisito para optar por el título profesional en Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque. Tiene como objetivo diseñar y validar un instrumento para describir los conocimientos, actitudes, y prácticas, con los que cuentan los estudiantes de práctica formativa del Programa de Instrumentación Quirúrgica de la universidad, sobre seguridad del paciente quirúrgico, analizando la problemática, medios instrumentos por los cuales se pueden evidenciar posibles fallas y a su vez soluciones de las mismas en un ambiente controlado bajo investigación.

Esta investigación se realiza tomando como base diferentes estudios impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y documentos normativos relacionados con la Seguridad del Paciente, los cuales tienen como finalidad generar conciencia sobre las consecuencias, daños que se presentan en el entorno quirúrgico y a su vez generan alternativas para la conservación de la integridad del paciente; también se realiza impulsado por los propósitos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, principalmente el que hace énfasis en fomentar la investigación como parte fundamental para dar soluciones, y mejorar la seguridad y atención del paciente. En materia de avances, la investigación se encuentra aún en sus comienzos, de ahí la importancia que los estudiantes de todos los gremios del sector salud, logren innovar en este tema para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes, y encontrar así nuevas estrategias y adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada.

Aquí radica la intención de este trabajo de grado, ya que se requieren más conocimientos sobre este tema, el cual debería ser de gran interés tanto para las instituciones prestadoras de servicios de salud como para los estudiantes que están en su proceso de formación y también para las universidades, las cuales destacan el limitado desarrollo metodológico y la escasez de instrumentos adecuados, resultados evidenciados en diferentes estudios como el

denominado “Instrumento para explorar nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado”.

Con base en los argumentos anteriores, se diseñará y validará una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), para describir fortalezas y debilidades que presentan los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica que se pueda aplicar en futuras investigaciones que busquen plantear recomendaciones enfocadas a la reducción de los eventos adversos, por medio de la formación de profesionales con competencias suficientes para garantizar una atención íntegra y segura en los servicios de salud.

# 1 PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la historia se ha demostrado que el tema de Seguridad de Paciente ha presentado grandes avances con una clara aceptación en metas definidas, donde se evidencia la importancia de trabajar en los diferentes temas relacionados con el mismo<sup>3</sup>.

Desde el año 1999 en la publicación del libro “Errar es Humano”, se presentaron cifras sobre los casos que llevaron a la muerte a pacientes en su proceso de atención. Entre los cuales se evidencian entre 44.000 a 98.000 casos solamente en Estados Unidos, donde los pacientes murieron debido a errores médicos prevenibles. Lo cual para el Institute of Medicine, National Academies Press (Washington DC) generó una alarma mundial, que llevó a la creación e implementación de medidas a tomar sobre la calidad de los cuidados médicos, que presta un profesional de la salud<sup>4</sup>. Por tal motivo en el año 2004 la OMS, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en donde se solicitó a los países miembros desarrollar acciones para la prevención de eventos adversos y de esta manera generó estrategias para el trabajo colaborativo, con el objetivo claro de *“La reducción de riesgos o daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presenta”*<sup>5</sup>. Continuando con la búsqueda de estrategias para detectar las fallas y corregir con acciones seguras, en el año 2005 en España, se realizó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización conocido como ENEAS, donde se demuestra que los eventos adversos se presentaron en el 9.3% de los casos estudiados de los cuales el 42% eran evitables<sup>6</sup>.

Acercándonos más a Latinoamérica, entre los años 2007 y 2009 se realizó el estudio conocido como Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos “*IBEAS*”, el cual trató datos tomados de Eventos Adversos, demostrando que en Argentina, Costa Rica, México, Perú y Colombia los

factores que causan daño en la atención del paciente, son el servicio en el que se encuentra, el tiempo que lleva hospitalizado, la presencia de factores de riesgo tales como cateterización y otras vías de entrada<sup>7</sup>.

Específicamente hablando de Colombia, en el 2008 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Política de seguridad del paciente, a partir de la cual se han generado estrategias para su implementación; una de ellas es la guía técnica de buenas prácticas asistenciales, la cual trató datos importantes respecto a la problemática relacionada con la ocurrencia de eventos adversos entre los cuales se reportó que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufrieron al menos un daño durante su atención y se demostró que la prevalencia de los eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación<sup>8</sup>. Derivando en la tipificación de los eventos adversos, donde según criterios de frecuencia y severidad se identifica una escala de riesgos relacionados con IAAS, eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos, eventos adversos asociados al cuidado de la salud y eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos<sup>9</sup>.

Habiendo determinado los anteriores eventos, es fundamental tener en cuenta que este problema, debe ser analizado desde el proceso del aprendizaje, cuya etapa inicial es el pregrado en donde se busca sembrar bases para un buen desarrollo profesional, en donde se hace necesario tener en cuenta que como se afirma en el artículo Enfoque pedagógico del error médico, *“el concepto “educación” es mucho más amplio que la sola adquisición de conocimientos”*, sino que además de estos se deben incluir un enfoque humanístico que permita tener en cuenta integralmente al individuo, dado que el personal del área de la salud *“trabaja con seres humanos”*<sup>10</sup>. Planteamiento que llevó a la realización de diferentes estudios como el aplicado a una muestra incidental por conveniencia de 25 médicos internos de pregrado en un hospital de segundo nivel, en donde los resultados que resaltan fueron que *“cerca de la mitad de los encuestados contestó de manera incorrecta la pregunta sobre el concepto de seguridad del paciente, mientras que 28.6% hizo un reconocimiento parcialmente correcto del término ya que lo relacionó con el principio de “Primero no*

*dañar“ (Primum non nocere). El 19% reconoció correctamente el término, describiéndolo como prevención de riesgos innecesarios para evitar eventos adversos o daño al paciente”.* Con relación a los tratamientos equivocados fue el error médico contestado por más de la mitad de los casos, mientras que una tercera parte identificó como error médico la administración de medicamentos. En la revisión de este estudio se observó que estas últimas dos categorías presentaban cierto sesgo por lo que se determinó que esta pregunta debería en un siguiente diseño debería ser replanteada<sup>11</sup>.

Desde el punto de vista específico de Instrumentación Quirúrgica también se encuentran análisis que demuestran la falta de cultura de seguridad en las instituciones de salud, por ejemplo en el artículo llamado “la seguridad perioperatoria”, haciendo referencia a la importancia a que todo equipo quirúrgico es responsable de la seguridad de los pacientes en la salas de cirugía, para garantizar entorno seguro libre de eventos que pongan en riesgo la calidad del paciente y que esto se logra mediante el uso de reuniones informativas perioperatorias, el uso de las listas de control quirúrgicas adecuadas, la estandarización de la sala de operaciones, cirujanos expertos en la atención que brindan y miembros del equipo que adoptan la cultura justa<sup>12</sup>.

Con base en los anteriores argumentos, floreció la intención de seguir explorando sobre la cultura en seguridad del paciente quirúrgico del personal de la salud en formación, en este caso los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica con el objetivo de alentar futuros estudios para profundizar en el tema, surgiendo el problema de investigación relacionado con el diseño de un instrumento validado para describir los conocimientos, actitudes y prácticas en los estudiantes que permita implementar estrategias desde la educación para fortalecer la cultura de la seguridad del paciente y ofrecer una atención en salud con mayor calidad y seguridad.

## **1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Pregunta general**

¿Cuáles son las variables para la construcción de un instrumento que permita recoger la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre seguridad del paciente quirúrgico en los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque?

### **1.2.2 Preguntas específicas**

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre la seguridad del paciente quirúrgico de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque?
- ¿Cuáles son las actitudes sobre la seguridad del paciente de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque?
- ¿Cuáles son las prácticas de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque respecto a la seguridad del paciente?

## 2 JUSTIFICACIÓN

Estudios realizados han detectado puntos críticos en relación con la seguridad del paciente, en donde se han identificado fallas referentes a conocimientos en seguridad y calidad en la atención por parte de los profesionales del área de la salud, por tanto, los diferentes gremios de la salud han logrado gestionar la seguridad del paciente como un aspecto prioritario de la atención en salud, para el mejoramiento continuo del saber ser y el saber hacer. Lo anterior determina trascendencia que se debe brindar frente al tema, ya que no solo se juega un papel importante al momento de adquirir la teoría y los conocimientos durante el proceso de aprendizaje, sino que el proceso debe continuar también con el hecho de aplicar estos conocimientos de forma integral, brindando siempre la seguridad y atención que se requiere en el momento de prestar un servicio de salud, necesidades captadas por la deficiente información del sistema de registro recolectada en diferentes estudios y el análisis de estos incidentes<sup>3</sup>.

En Colombia el talento humano en salud, de acuerdo con la (ley 1164 de 2007), indica que un trabajador de la salud es *“todo personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.”*<sup>13</sup>.

Con base en la anterior normativa y de acuerdo con la ley 784 de 2002, el instrumentador quirúrgico hace parte del equipo quirúrgico, por lo tanto, es parte fundamental de los procesos que buscan optimizar la seguridad en el paciente quirúrgico y en este orden de ideas es puntual tener en cuenta que, en el proceso de aprendizaje y formación integral del estudiante de Instrumentación Quirúrgica, tal como se expresa en el documento de perfil y competencias del instrumentador quirúrgico<sup>14</sup>.

Se deben fortalecer competencias profesionales relacionadas con la seguridad del paciente desde su dominio en la prevención, pasando por los procesos de instrumentación propios del tratamiento, incluyendo el seguimiento y evaluación.

En el artículo “*Profesional de Instrumentación Quirúrgica frente a la aplicación de los principios y valores bioéticos de acuerdo con la ley de talento humano en salud en Colombia*”, se realizó una comparación en los principios bioéticos basados en el talento humano en salud; detectando que los instrumentadores en la gran mayoría tienden a reportar los eventos adversos, de donde el 77.3% expresaron que reportarían un error que haya cometido uno de sus compañeros de trabajo así afecte lo personal, pero un 22.7% no lo haría porque afectaría la parte personal y es más importante eso que el acto que se cometió. Este estudio también determinó que los instrumentadores reportarían un evento adverso en donde se beneficiaría al paciente en un 21%, sin embargo, un 4.5% estableció que no, así mismo se evidenció que al momento de ver que el paciente está siendo maltratado, discriminado o instrumentalizado un 90.0% estaría a favor del paciente, pero el 9.1% no intervendría. Demostrando que así sea mínimo, un grupo de instrumentadores quirúrgicos no aplican las competencias mencionadas anteriormente, y lo más preocupante está en que son profesionales que tienen contacto con estudiantes, existiendo la posibilidad que como el aprendiz ve que un profesional comete un error y no lo reporta por miedo o solo porque no quiere, esta enseñanza se incluya en su formación y es ahí donde se corre el riesgo que sucedan eventos adversos donde haya participación de personal en formación en el ámbito quirúrgico<sup>15</sup>.

Resulta conveniente destacar que a pesar que se encuentran diferentes estudios investigativos en cuyos resultados presentan un compromiso significativo por parte de personal del área de la salud en formación en el desencadenamiento de un evento adverso del proceso de atención de un paciente, tal como el realizado durante un periodo de un año en un hospital general de segundo nivel con especialidades en San Luis Potosí, México, en el cual de 34 eventos adversos analizados, “*el 82.35% (28 eventos adversos graves) fue dictaminado como*

*prevenible. En el 58.82% (20 eventos adversos graves) de los eventos adversos graves, se identificó qué personal médico en formación de pregrado y posgrado tuvo participación”<sup>16</sup>.*

Se encontraron en las bases de datos, escasos estudios investigativos específicos para Instrumentación Quirúrgica, esto nos motiva a realizar una investigación enfocada al diseño y validación de un instrumento con el cual se puedan describir los conocimientos, actitudes, y prácticas en la seguridad del paciente quirúrgico de los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad del Bosque que en futuros estudios sirva para determinar el panorama con respecto a este tema para incentivar la implementación y/o el fortalecimiento de estrategias encaminadas a la disminución de los eventos adversos en los que los estudiantes puedan estar involucrados en los distintos escenarios de su práctica formativa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Validar un instrumento que permita la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre seguridad del paciente quirúrgico en los estudiantes en práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar los conocimientos sobre la seguridad del paciente de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque.
- Determinar las actitudes sobre la seguridad del paciente quirúrgico de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque.
- Distinguir las prácticas de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque respecto a la seguridad del paciente quirúrgico.

## 4 MARCO DE REFERENCIA

La seguridad del paciente Quirúrgico ha sido un tema de gran importancia, el cual ha tomado cada vez más fuerza al pasar de los años, debemos mencionar que en la línea del tiempo se han realizado avances en conocimiento de seguridad del paciente quirúrgico, en donde organizaciones como la OMS y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, y entes territoriales de todo el mundo han desarrollado acciones para la prevención de eventos adversos, generando así estrategias de trabajo colaborativo en pro a la seguridad del paciente, marcando todas aquellas fallas y corrigiéndolas con acciones seguras. Convirtiéndose así la seguridad del paciente, en un reto mundial para lograr que los protocolos quirúrgicos sean más seguros y logren reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes, en donde no sólo se ve involucrado el personal del área, sino también todos los sistemas de salud como son las organizaciones, departamentos, unidades, servicios y prácticas. Estos temas son de gran ayuda para nuestro proyecto de grado ya que con ellos podemos dar fiabilidad de la investigación, por lo tanto, son descritos dentro de este marco.

### 4.1 MARCO HISTÓRICO

#### 4.1.1 Contexto Internacional en Seguridad de Paciente

En la siguiente tabla se expondrán las fechas más relevantes relacionadas la determinación de conductas en seguridad de paciente a nivel internacional (Tabla 1):

**Tabla 1.** *Fechas destacadas en el contexto internacional*

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AÑO 1991</b> | Se desarrolló la Guía Curricular, generando un programa destinado a la implementación de educación en materia de seguridad al paciente con énfasis a facultades de Ciencias de la Salud y de ahí parte la identificación de los daños en los pacientes. |
|                 | Se publicó el Marco sobre educación en seguridad del paciente, que fue validado tanto en Australia como en todo el mundo. Y describe los conocimientos, habilidades y   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AÑO 2005</b> | conductas que necesitan todos los trabajadores de la salud para garantizar una atención segura al paciente.   |
| <b>AÑO 2009</b> | Canadá lanzó un marco titulado “ <i>Las competencias en seguridad del paciente en todas las profesiones de la salud</i> ” es igual que el enfoque del Marco Australiano con los conocimientos, habilidades y conductas. |

**Fuente:** Modificado de Universidad del salvador. Guía curricular sobre Seguridad del Paciente. 2012. [Citado 01 Ene 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide\\_SP.pdf](https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf)

#### 4.1.2 Contexto Nacional en Seguridad de Paciente

En la siguiente tabla se expondrán las fechas más relevantes en seguridad de paciente internacionalmente (Tabla 2):

**Tabla 2.** *Fechas destacadas en el contexto nacional*

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>AÑO 2002</b> | Desde este año se implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que garantiza unos estándares mínimos en términos de la estructura: de la infraestructura, de procesos, de insumos, de medicamentos y de recurso humano.   |
| <b>AÑO 2004</b> | Formularon una política de prestación de servicios en salud que contiene 3 ejes fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Calidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul>   |
| <b>AÑO 2006</b> | Es conveniente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006.   |
| <b>AÑO 2008</b> | El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia estableció la Política de seguridad del paciente, a partir de la cual se han generado estrategias para su implementación, una de ellas es la guía técnica de buenas prácticas asistenciales, la cual relaciono datos importantes respecto a la problemática con ocurrencia de eventos adversos en Colombia. |

**Fuente:** Modificada de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

## 4.2 MARCO LEGAL

Siendo la seguridad del paciente quirúrgico un reto mundial, su objetivo principal es lograr que los protocolos quirúrgicos sean más seguros y reducir la mortalidad y morbilidad de los

pacientes, capacitando al personal de salas de cirugía para reducir los eventos adversos en la prestación de servicios quirúrgicos.

Para enmarcarse en este contexto es importante determinar que la Alianza Mundial para la seguridad del paciente en octubre del 2004 fijó como objetivo primordial trabajar en conjunto con los países miembros en la búsqueda conjunta de posibles eventos prevenibles.

#### 4.2.1 Lineamientos Internacionales

Los lineamientos internacionales tienen como propósito corregir, coordinar, acelerar y difundir las mejoras en la atención de pacientes en todo el mundo, que se estableció en un documento de cirugía segura, para evitar eventos adversos que pongan en peligro la integridad del paciente<sup>8</sup>.

##### 4.2.1.1 Lista de verificación del paciente quirúrgico

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, elaboró la lista con la finalidad de poder ayudar al profesional de la salud a reducir los daños ocasionados al paciente, pero se tuvo en cuenta unos principios fundamentales (Tabla 2).

**Tabla 3.** Principios fundamentales de la OMS para la realización de la lista de verificación.

| PRINCIPIOS                    | DEFINICIÓN   |
|-------------------------------|--|
| <b>Simplicidad</b>            | Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultará su uso y difusión, y probablemente se encontrará con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.   |
| <b>Amplitud de aplicación</b> | De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes. |



quirúrgicos, esto no sería posible sin el compromiso del profesional de la salud, que respaldan que la seguridad del paciente es una prioridad y que la aplicación de la Lista OMS de verificación de la cirugía segura, puede ayudar a aumentar la seguridad en el paciente quirúrgico.

**Imagen 2.** Países en donde se ha aplicado la lista de verificación de la OMS.



**Fuente:** Tomada de Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. [Internet]. Ginebra, 2008. [Citado 12 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf)

#### 4.2.1.2 *Objetivos esenciales del Paciente Quirúrgico*

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente estableció 10 objetivos principales en la cirugía segura para prestar la atención quirúrgica al paciente, que se considera como lista de verificación en la cual el profesional de la salud se cerciora que se cumplan las normas de seguridad. Esta lista de verificación se denomina “*Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*”. Es por esto que para poder cumplir este resto es necesario un compromiso de todo el grupo profesional, dispuestos a mejorar esta la atención quirúrgica. A continuación, nombraremos los 10 objetivos de la Alianza mundial para la seguridad del paciente para la seguridad de las cirugías:

**Tabla 4.** *Diez objetivos esenciales para la cirugía segura OMS.*

| <b>OBJETIVOS</b>   | <b>DEFINICIÓN</b>   |
|--------------------|---|
| <b>Objetivo 1</b>  | El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.  |
| <b>Objetivo 2</b>  | El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.         |
| <b>Objetivo 3</b>  | El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones. |
| <b>Objetivo 4</b>  | El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones                                  |
| <b>Objetivo 5</b>  | El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.                       |
| <b>Objetivo 6</b>  | El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica  |
| <b>Objetivo 7</b>  | El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.   |
| <b>Objetivo 8</b>  | El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.   |
| <b>Objetivo 9</b>  | El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.                    |
| <b>Objetivo 10</b> | Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos                          |

**Fuente:** Tomada de Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. [Internet]. Ginebra, 2008. [Citado 12 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

#### 4.2.1.3 Estadísticas Quirúrgicas vitales

*“Se han establecido cinco estadísticas vitales para estimar la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. Estas medidas pueden utilizarse en una amplia gama de centros para evaluar la adecuación y seguridad de la atención quirúrgica, y también pueden ayudar a determinar el impacto de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”<sup>17</sup>.* Los miembros de la OMS deben de tener la información de las estadísticas vitales quirúrgicas (Imagen 4), para garantizar una vigilancia básica como lo son estas cinco:

- El número de quirófanos existentes.
- El número de operaciones llevadas a cabo en quirófano.

- El número de cirujanos y anestesistas formados.
- El número de defunciones el día de la intervención quirúrgica.
- El número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

**Imagen 3.** *Fórmula para calcular la mortalidad asociada a las intervenciones quirúrgicas.*

Las dos últimas variables permitirán calcular la mortalidad asociada a las intervenciones quirúrgicas:

$$\text{Tasa de mortalidad el día de la intervención} = \frac{\text{muertes el día de la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad hospitalaria posoperatoria} = \frac{\text{muertes de pacientes ingresados tras la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$

**Fuente:** Tomada de OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial para la seguridad del paciente. 2014. [Citado 28 Agosto 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

#### 4.2.1.4 *Soluciones para la seguridad de los pacientes relacionados con el ámbito quirúrgico*

“Las soluciones son 9, las diseñó la Joint comisión para la OMS” dando un nuevo recurso para ayudar a prevenir tanto muertes y lesiones que se pueden prevenir, donde solo unas de ellas son aptas para un paciente quirúrgico y se describirán a continuación:

- **Identificación de paciente:** Es uno de los grandes errores que se tiene al momento de pasar un paciente a salas de cirugía, donde no se proporciona la información correcta. “La identificación del paciente tiene dos propósitos: primero, determinar con seguridad que el individuo es legítimo receptor del tratamiento o procedimiento; segundo, asegurar que el procedimiento al ser ejecutado sea efectivamente aquel que el paciente necesita”<sup>18</sup>. Muchos de los pacientes llegan con una pulsera o en otras ocasiones solo con un papel que identifica la camilla en la que está el paciente, los datos que llevan estos dos objetos son:
  - ✓ Nombres y apellidos.

- ✓ Tipo de documento de identificación.
  - ✓ Género.
  - ✓ Alergias.
  - ✓ Edad.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes: Se identifica una mala comunicación en el momento de pasar el paciente al quirófano donde se llega a tener un evento centinela, al momento de hacer un traspaso de la sala de preparación al quirófano se debe de dar toda la información del paciente, como:
    - ✓ Nombres y apellidos.
    - ✓ Número de identificación.
    - ✓ Alergias.
    - ✓ Antecedentes.
    - ✓ Qué vías venosas tiene el paciente.
    - ✓ El nombre del procedimiento y si el lado a operar este marcado.

*“Los estudios demuestran que el principal problema de los países radica en que muchos no se realizan “cara a cara” y en la transmisión poco precisa, ambigua y desordenada de la información”<sup>18</sup>.*

La OMS ha publicado algunas recomendaciones una de esas es: *“implementar un enfoque estandarizado de información crítica. Un ejemplo de esto es la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) y el destinar el tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible y volver a repetir si es necesario”<sup>18</sup>.*

## 4.2.2 LINEAMIENTOS NACIONALES

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2008 establece la Política Nacional para la seguridad del paciente, en la siguiente tabla, se presentan las resoluciones de Colombia, relacionadas con este tema.

**Tabla 5.** *Resoluciones relacionadas con seguridad de paciente en Colombia.*

| RESOLUCIONES                    | DEFINICIONES  |
|---------------------------------|---|
| <b>Resolución 1446 de 2006</b>  | Indica que cada institución debe generar estrategias de análisis de lo relacionado con la presentación de eventos adversos para diseñar planes de prevención que permitan disminuir la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y el incremento de los costos de no-calidad.   |
| <b>Resolución 1441 del 2013</b> | <i>“Que se hace necesario ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.”</i>  |
| <b>Resolución 2003 de 2014</b>  | “Objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios en Salud que hace parte integral de la presente resolución”, en la cual se establecen diversos requerimientos que evidencien en la práctica asistencial las acciones que buscan favorecer la seguridad del paciente. |

**Fuente:** Modificado de Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006, resolución 1441 de 2013 y resolución 2003 de 2014. [Internet]. [Citado 15 Sept 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

### 4.2.2.1 Política de Seguridad del Paciente

Tras el reporte publicado por IBEAS Latinoamérica Colombia inicia una serie de estrategias en pro de la Seguridad del paciente, en el 2004, el Ministerio de la Protección Social optó por impulsar sobre tema de los eventos adversos trazadores, donde se realizaron reuniones

partes del país y se promovieron “*los procesos de vigilancia de eventos adverso*” en algunas instituciones. Otra entidad importante la cual se involucró fue ICONTEC donde fue enfático que la acreditación en Salud demuestra la efectividad en los procesos de vigilancia<sup>19</sup>.

Por medio del sistema de Calidad de Garantía de Calidad Obligatorio y en conjunto con el Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió en junio de 2004 la Política de Seguridad del Paciente, dicha política se desarrolló en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) donde se exige que garantice una prestación en Salud de alta calidad en cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud. Para que la ley realmente sea eficaz debe cumplir con objetivos (Tabla 4):

**Tabla 6.** *Objetivos de la política de seguridad del paciente*

| <b>OBJETIVO</b>   | <b>DEFINICIÓN</b>  |
|-------------------|--|
| <b>Acceso</b>     | Toda persona en calidad de paciente tiene la posibilidad de acceder a un servicio de salud, efectivo, responsable. |
| <b>Calidad</b>    | Se le deben proporcionar todos los recursos suficientes eficaces en la atención del paciente                       |
| <b>Eficiencia</b> | por medio de este se logran mecanismos más seguros evitando eventos adversos                                       |

**Fuente:** Modificado de Organización Mundial de la salud 55a Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención en seguridad del paciente. Informe de la Secretaria. [Internet]. 2002. [Citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: [www.minproteccionsocial.gov](http://www.minproteccionsocial.gov)

#### 4.2.2.1.1 *Objetivos de la Política de Seguridad del paciente*

La política de seguridad del paciente en Colombia debe cumplir con unos objetivos establecidos, estos son:

- Prevenir y reducir la ocurrencia de situaciones que atenten contra la seguridad del paciente, eliminando en lo posible la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
- Promover herramientas prácticas dentro de los hospitales para garantizar la seguridad en el paciente
- Involucrar al paciente y a su familia para promover una atención segura

#### 4.2.2.1.2 Estrategias de la Política de Seguridad del paciente

Para dar cumplimiento a los objetivos de la Política de seguridad del paciente, se establecieron unos lineamientos, para la implementación de la Política de Seguridad del paciente, los cuales se crearon en 6 estrategias, que se encuentran promovidas por el “*Ministerio de la Protección Social en salud, desde el año 2006,*”<sup>20</sup> dichas estrategias pueden contribuir a entender e interpretar la ocurrencia de eventos adversos que se puedan llegar a presentar al momento de brindar una atención en salud a un paciente, permitiendo así dar posibles soluciones a dichas estrategias las cuales se describen a continuación:

- ♦ **Primera Estrategia: Modelo de Queso Suizo de James Reason**

Este es un modelo creado por el “*Dr. James Reason*” el cual ha tenido una aceptación favorable en este campo particularmente, en este modelo son expuestos los errores humanos inclusivos, y los errores humanos estructurales, dentro del (SOGCS), gracias a esto se pueden observar e individualizarlos<sup>21</sup>.

Para James Reason (1995), contextualiza el error en activos donde no cumplen con el debido proceso realizados por el personal además tiene contacto directo con el paciente y su entorno, los errores patógenos que también están presente y son un riesgo latente en cualquier empresa prestadora de salud<sup>22</sup>.

De esta manera en este modelo se analizan e identifican las fallas en los procesos de atención en salud al paciente, esto con el fin de reducir por todos los medios para no causar ningún daño al paciente y las fallas presentes. Así este modelo se define como un sistema de múltiples barreras de seguridad, se ejemplariza por medio de los huecos y una de las rodajas “Queso Suizo” (Imagen 5). Llegando a la conclusión que, la no realización de una acción apropiada en una determinada circunstancia, se debe a una acción no planeada en pocas

palabras causa y error que tendrá consecuencias negativas directas para el paciente al momento de ser atendido en un servicio de salud y deben ser evaluados por los directivos<sup>23</sup>.

**Imagen 4.** Modelo explicativo del queso suizo por James Reason

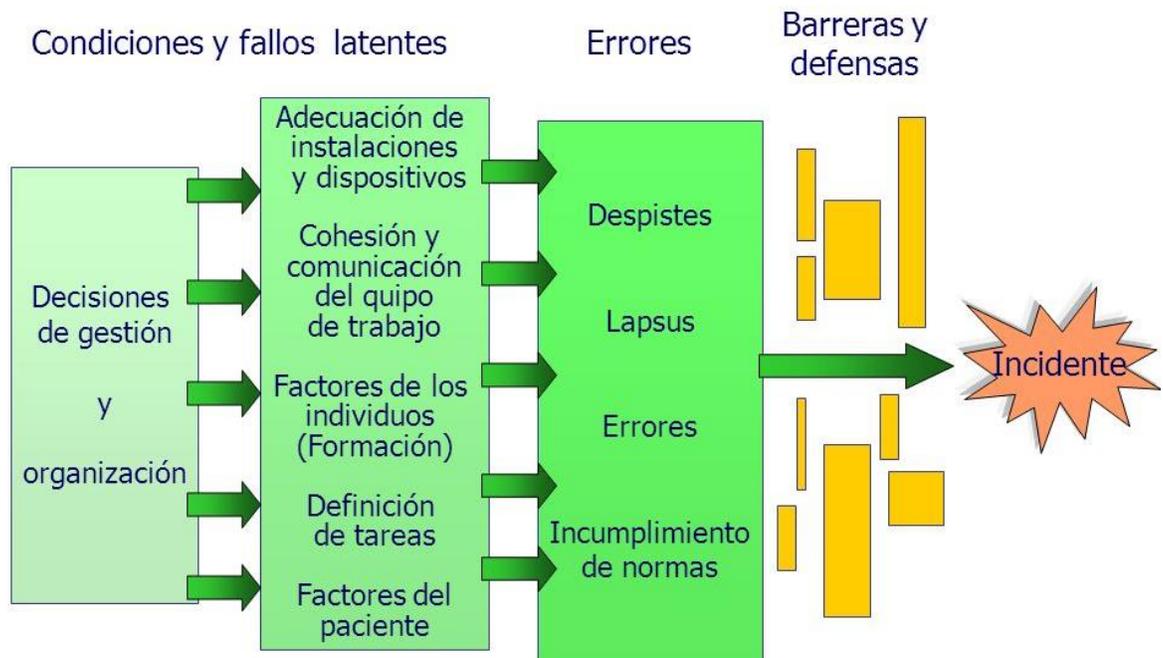


**Fuente:** Obtenido de Martínez A. Unkauf Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. [Consultado 16 de septiembre de 2018]. Disponible en <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/download/164/pdf/>

#### ♦ Segunda Estrategia: Seguimiento al Evento Adverso

Es importante contextualizar la importancia del para que se debe realizar el seguimiento de un evento adverso o cualquier daño provocado al paciente; dentro de la Política de Seguridad del Paciente es indispensable el análisis del evento adverso que se cometió entre del error y que alcanzó a producir algún daño en el paciente (imagen 5).

**Imagen 5. Análisis Sistemático de los Incidentes**



**Fuente:** Tomada de Cursos de seguridad del paciente Análisis de incidentes clínicos. Protocolo de Londres. [Citado 20 Sept 2018]. Disponible en: [www.minsalud.gov.com](http://www.minsalud.gov.com)

♦ **Tercera Estrategia: Respuesta ante la presencia del Evento Adverso**

Ante la presencia de un evento adverso es necesario promover soluciones sin caer en un entorno acusador, cuando no se dan a conocer los errores es muy difícil analizarlos, ya que caer en un ambiente de culpabilidad no ayuda a identificar fácilmente el error. Esto se hace por medio de lo Reason denominó “una cultura Justa”. Se basa en entornos seguros dada por herramientas como lo son las Rondas de Seguridad del paciente que pueden ser realizadas por un Directivo, enfermero, médico jefe de enfermera etc., donde se realizan una vez por semana, donde el tema principal debe ser la Seguridad del Paciente, si se presentaron o casi eventos adversos, falla o error<sup>20</sup>.

El paciente al sufrir un evento adverso debe tener un acompañamiento por parte de todo el personal de salud, se debe ser totalmente honesto con el paciente, explicarle de una manera clara y comprensible a él y su familia.

Para esto la institución está en la obligación de realizar una pedagogía donde se entienda, los posibles riesgos generando así una relación directa entre la institución y el paciente promoviendo una atención segura<sup>24</sup>.

◆ **Estrategia cinco: Promoción de una Cultura de seguridad del paciente**

La cultura de seguridad del paciente es algo que debe involucrar a toda la institución prestadora de salud desde los directivos, y ejecutivos, como a profesionales de la salud, comenzando por la colaboración y voluntad de cada uno de los trabajadores. Creando los diferentes espacios para realizar una pedagogía activa donde se promuevan los principios y valores al verdadero significado de un ambiente seguro<sup>25</sup>.

◆ **Estrategia seis: Evidenciar los Resultados**

Para evidenciar los resultados que se han obtenido e identificar los posibles riesgos y así ejecutar una intervención de lo sucedido se realizan mediante unos identificadores tangibles y medibles esto con el fin de ofrecer siempre un entorno seguro para el paciente<sup>26</sup>.

Estas estrategias son tenidas en cuenta por el ICONTEC en octubre del 2006, dentro de los programas institucionales propone implantar un modelo pedagógico (diagrama 1) para evidenciar los resultados que cumpla con el objetivo de política de seguridad del paciente; el cual logre identificar y hacer énfasis en el tema de seguridad del paciente; este modelo debe ser liderado por la Dirección General de Calidad de Servicios, con el apoyo de una oficina de seguridad, un equipo investigador de eventos adversos que realice control y seguimiento de situaciones inseguras y educación continuada en cultura de la seguridad, el cual es apoyado por el comité de seguridad<sup>27</sup>.

**Diagrama 1.** Modelo pedagógico (Estructura de seguridad del paciente)



**Fuente:** Modificada de Taller presencial de Aplicación Metodología Ancla. Herramienta de Análisis de Eventos Adversos. [Citado 14 Agos 2018]. Disponible en <https://oes.org.co/producto/aplicacion-de-la-metodologia-ancla-como-herramienta-de-analisis-de-eventos-adversos/>

Este sistema debe estar conformado por la identificación y gestión de eventos adversos: Auto reporte y análisis aplicando el modelo SHELL y modelo ANCLA (Diagrama 2)<sup>27</sup>.

El equipo de seguridad debe contemplar lo siguiente:

- Adherencia con normas de seguridad y protocolos
- Equipos con adecuado mantenimiento
- Entrenamiento, certificación y educación continuada del personal
- Ergonomía del lugar de trabajo
- Horarios y dedicación del personal

Este tipo de capacitación va dirigido a Gerentes y directores prestadores de servicios de salud, líderes de calidad y seguridad del paciente y profesionales de la salud.

**Diagrama 2. Modelo de ancla F-H**



**FUENTE:** Ministerio de la Protección SOCIAL, ICONTEC. Taller presencial de Aplicación Metodología Ancla. Herramienta de Análisis de Eventos Adversos. [Citado 14 Agos 2018]. Disponible en <https://oes.org.co/producto/aplicacion-de-la-metodologia-ancla-como-herramienta-de-comoHerramientadeAnálisisdeEventosAdversos>

#### 4.2.2.2 Caja de Herramientas de la Estrategia de la Seguridad del paciente

Una herramienta es un recurso para prevenir el Evento Adverso, bajo unos “lineamientos teóricos básicos, con los instrumentos necesarios para garantizar su aplicabilidad en cada uno de los temas pertinentes al proceso sobre el que se aplica”<sup>28</sup>.

Esta información debe ser tangible por medio de cuadros, estadísticas que puedan ser expuestas y garanticen la calidad del servicio que se ofrece.

Para garantizar la correcta aplicabilidad y entendimiento de la información se utilizan ocho herramientas descritas a continuación:

#### 4.2.2.2.1 Primera Herramienta: Estudio para Evaluar la ocurrencia de Eventos Adversos

*“En el 2007 la Organización Panamericana de la Salud y la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente quienes realizaron el congreso”* donde Colombia, fue invitado ahí se evidenciaron estadísticas donde se observa la frecuencia en que se presentan los eventos adversos en Colombia, y de qué manera se habían implantado las estrategias hace cuatro años atrás, sobre el tema de *“eventos adversos trazadores”*<sup>29</sup>. Se realizó por medios de estudios esto con el fin de evaluar la incidencia o prevalencia de ocurrencia de eventos adverso por medio de la metodología estudio IBEAS<sup>29</sup>. De esta manera Colombia abrió un espacio importante en el proceso de desarrollos metodológicos donde se analizaron la parte nacional como la internacional.

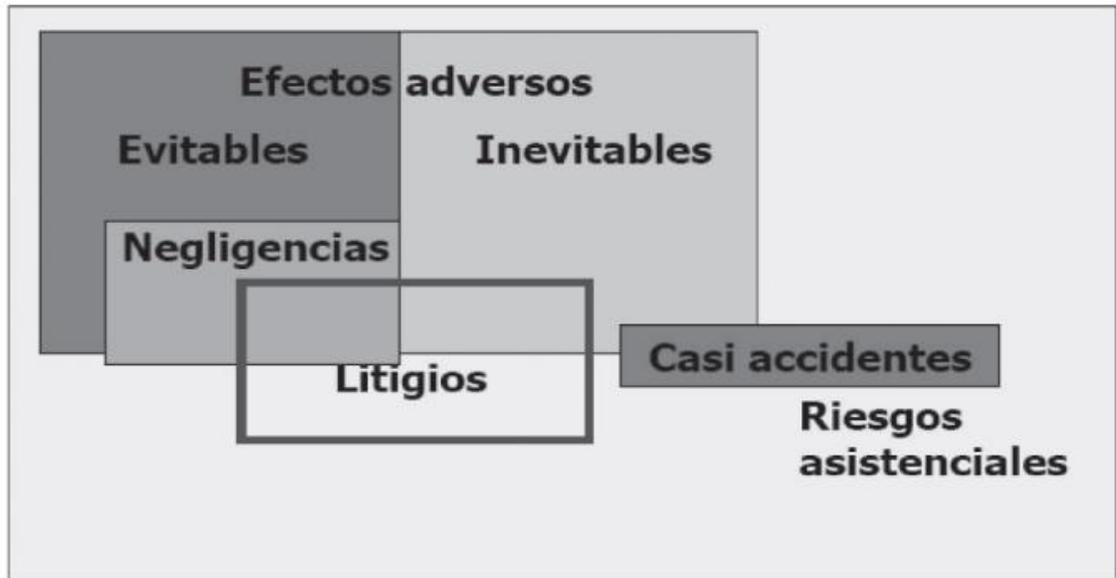
Se identificó la necesidad de precisar el Evento Adverso No Evitable. *“Los estudios hechos en Colombia se destacaron como antecedente al estudio de tipo prospectivo realizado por la Universidad Nacional de Colombia, liderado por el Dr. Hernando Gaitán”*<sup>30</sup>. Sobre incidencia de efectos adversos en tres estaciones hospitalarias de observación, estudio que había sido precedido por uno anterior, liderado por el mismo *“Dr. Gaitán”* sobre eventos adversos en atención obstétrica. Se llegó a la conclusión de la evidente necesidad de precisar en los conocimientos del evento adverso atribuible exclusiva a la enfermedad.

Otro aspecto importante que se concluyó es con respecto a la metodología IBEAS que mediante su sistema de evaluación por medio de prevalencia y la incidencia de los eventos adversos en Colombia se consolidó como herramienta clave de la estrategia de Seguridad del Paciente, además de ser recomendable para ser aplicable en las instituciones del país para que por medio de ésta les permitan evaluar el progreso de los resultados y de esta manera se vea reflejado en el país.

Actualmente en Colombia se desarrolla este estudio, en conjunto con cuatro países de Latinoamérica como lo son México, Perú, Costa Rica y Argentina con el objetivo de

desarrollar metodologías comparables internacionalmente de fácil aplicabilidad en las Instituciones y en la capacitación de personal, teniendo en cuenta las variables observadas en la siguiente imagen<sup>31</sup>.

**Imagen 6. Modelo teórico**



**Fuente:** Tomada del Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 94. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

#### 4.2.2.2.2 Segunda Herramienta: Formato sugerido para el reporte Institucional de Eventos Adversos

La aplicación de esta herramienta consiste en la elaboración de una encuesta aplicada a una población en particular denominado Cribado o Tamizaje se utilizaron dos Formatos, uno de ellos es el de Tamizaje (imagen 7) “Mediante una serie de preguntas características llevan al tamizador a encontrar posibles de alertas o indicios de Error o Eventos Adversos”<sup>32</sup>. Esto con el fin de realizar una investigación y clasificación de una condición en el paciente donde se identifica el posible error generando una validez y aprender de las falencias, las pruebas de alta Especificidad son necesarias para detectar Eventos Adversos y lo importante es evitar

el más mínimo margen de error. En Colombia se aplicó este tipo de estudio Tamizaje donde se expusieron los resultados ante el taller de evaluación de IBEAS Colombia. “Este estudio se realizó del 17 al 24 septiembre del 2007 con un total de 319 de los cuales el 36.6% de los pacientes hospitalizados fueron Cribado positivo (117 Pacientes) y 63.3% (202 Pacientes) con Cribado Negativo. Los 202 pacientes o catalogados como Cribado Negativo, 181 no tuvieron ningún Suceso Adverso (Verdadero Negativo) y 21 casos a pesar de tener Cribado Negativo<sup>33</sup>” se observó en la segunda revisión presentaban un Suceso Adverso (Falso Negativo). Estos sucesos fueron el mismo día y periodo de tiempo que se determinó para la prueba de Cribado del 17-24 de septiembre 2007. Este tipo de prueba tan sensible se puede principalmente en aquellos casos en los que al no detectar el Suceso Adverso puede resultar fatal para la Institución por la falta de oportunidad en la gestión del Evento o Incidente.

**Imagen 7.** Formato sugerido para la detección de eventos adversos

**FORMATO SUGERIDO PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS\***

**Módulo 1 DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO**

**DESCRIPCIÓN DEL SUCESO ADVERSO**

---



---



---

**ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD**

1. 

---

2. 

---

3. 

---

**FACTORES CONTRIBUTIVOS**

1. 

---

2. 

---

3. 

---

**Módulo 2 ORIGEN DEL REPORTE**

**FECHA del reporte:**  **HORA del reporte:**

**Nombre del reportante:**  **SERVICIO QUE REPORTA:**

**Fuente:** Tomada de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 137. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

4.2.2.2.3 Tercera Herramienta: Instrumentos de TAMIZAJE para la vigilancia interinstitucional

Son un mecanismo de medición y recolección de la información de Tamizaje cuando se presenta un evento adverso, con los datos que se presentan en la tabla 7.

En este formato se evaluarán puntos específicos como los presentados a continuación, donde participaron el equipo técnico del Ministerio de la Protección Social, los expertos clínicos del proyecto IBEAS Colombia en reunión del 17 y 18 de diciembre de 2006, además de incorporar algunos lineamientos sugeridos por la medición de los parámetros de sensibilidad y especificidad “Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E, Convenio 000353 de 2006”<sup>33</sup>.

**Tabla 7.** Instrumento tamizaje derivado del proyecto IBEAS Colombia, revisado y validado

| <b>SITUACIÓN DE ALERTA EN LA POSIBLE OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS</b>  |
|--|
| 1. Hospitalización previa por la misma causa durante el mismo año  |
| 2. Tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización ( excepto hospitalización planificada para quimioterapia)   |
| 3. Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.  |
| 4. Reacción medicamentosa adversa durante la hospitalización   |
| 5. Fiebre mayor a 38.9 c día antes de salida hospitalaria  |
| 6. Traslado no programado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados intensivos o intermedio.   |
| 7. Traslado no programado a otro hospital de igual o mayor nivel de atención   |
| 8. Segunda intervención quirúrgica no programada durante este ingreso  |
| 9. Tras la realización de un procedimiento invasivo, diagnóstico o terapéutico, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisara la indicación de un tratamiento u operación quirúrgica. |
| 10. Déficit neurológico nuevo, no asociado a la enfermedad.  |
| 11. Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular Agudo o Tromboembolismo pulmonar durante o después de un procedimiento invasivo, diagnóstico o terapéutico.                             |
| 12. Paro cardiorespiratorio que necesita reanimación de urgencia.  |
| 13. Puntuación APGAR baja (menor de ocho) durante la atención del parto  |

|   |
|---|
| 14. Daño o complicación relacionada con aborto, amniocentesis, parto o preparto, incluye las complicaciones neonatales.   |
| 15. Muerte inesperada.  |
| 16. Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso para intervención después de una intervención ambulatoria programada, sea laparoscópica o abierta.                                     |
| 17. Algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo diagnóstico o terapéutico que resultara en ingreso o valoración en el servicio de urgencias     |
| 18. Cartas o notas en la historia clínica, incluida la reclamación patrimonial, acerca de la atención en salud. Incluidas aquellas que pudieran sugerir litigio por parte del paciente o familiar |
| 19. Cualquier tipo de infección nosocomial  |
| 20. Daño o complicación asociada a sangre, tejidos, dispositivos y reactivos, no incluida en otros criterios. Cuál: _____   |
| 21. Algún otro evento adverso. Describe: _____  |

**Fuente:** Modificado de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 146. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

Al hablar de eventos adversos es importante señalar también los causados por los medicamentos, siendo uno de los errores más evitables, dentro de la herramienta 3 se establece como:

#### 4.2.2.2.4 Cuarta Herramienta: TRIGGER TOOL (“gatillos”, “disparadores”, “pistas”) de Eventos adversos con Medicamentos

“La herramienta Global Trigger Tool (GTT)”<sup>33</sup> (imagen 8), proporciona un método fácil de usar para identificar con precisión los eventos adversos, y la medición de las tasas de EA en el tiempo. La metodología de la herramienta es una revisión retrospectiva de una muestra aleatoria de historias clínicas utilizando "disparadores " o pistas para identificar posibles EA<sup>33</sup>. Es por ello que “el Institute for Healthcare Improvement (IHI) Se ha encargado de desarrollar y probar seis diferentes sub herramientas para eventos adversos medicamentosos (EAM), diseñada por Classen, Pestonik, y Shapiro, específicamente para detectar el Evento Adverso Medicamentoso (EAM)”<sup>34</sup>.

Esta es una Herramienta de activación de eventos adversos, el cual utiliza un sistema computarizado ligado a la historia clínica, a las órdenes médicas y a la farmacia, inicialmente con la finalidad de facilitar su uso por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud, con más desarrollo informático y posteriormente de ampliarla a eventos adversos diferentes a los medicamentosos; Además de ser un instrumento altamente confiable ya que hace una detección global de eventos adversos medicamentosos perioperatorios, en unidades que se presenten cuidado intensivo, unidades de cuidado intensivo neonatal y Eventos adversos específicos en pacientes ambulatorios. Se puede asemejar una especie de alarma y radar al mismo tiempo, donde el paciente está en constante vigilancia, cuando se detecta alguna anomalía el sistema enciende una alarma para detectar un eventual evento adverso que se pueda presentar al paciente especialmente, sirve para detectar eventos adversos y medicamentos y va ligado a la historia clínica<sup>35</sup>.

**Imagen 8. Sistema Trigger Tool**

| Indicio   | Proceso identificado                            |
|---|---|
| I1 Difenhidramina                                 | Reacción de hipersensibilidad                   |
| I2 Vitamina K                                     | Sobreaticoagulación con warfarina               |
| I3 Flumacetil                                     | Sobresedación con benzodicepinas                |
| I4 Droperidol                                     | Náusea o vómito causado por drogas              |
| I5 Naloxona                                       | Sobresedación con narcóticos                    |
| I6 Antidiarréicos                                 | Evento adverso medicamentoso                    |
| I7 Poliestireno sódico                            | Hiperpotasemia por IR o efecto medicamentoso    |
| I8 PTT >100 segundos                              | Sobreaticoagulación con heparina                |
| I9 INR >6   | Sobre anticoagulación con warfarina             |
| I10 Leucocitos <3.000                             | Neutrocitopenia causada por drogas o enfermedad |
| I11 Glicemia <50 mg/dl                            | Hipoglucemia inducida por insulina              |
| I12 Elevación de la creatinina sérica             | IR secundaria a medicamentos                    |
| I13 Coprocultivo positivo para C difficile        | Tratamiento con antibióticos                    |
| I14 Concentración de digoxina >2 ng/ml            | Concentración tóxica de digoxina                |
| I15 Concentración de lidocaína >5 ng/ml           | Concentración tóxica de lidocaína               |
| I16 Concentración pico de gentamicina >10 µg/ml   | Concentración tóxica de gentamicina             |
| I17 Concentración pico de amikacina >30 µg/dl     | Concentración tóxica de amikacina               |
| I18 Concentración de vancomicina >26 µmcg/dl      | Concentración tóxica de vancomicina             |
| I19 Concentración de teofilina >20 µmcg/dl        | Concentración tóxica de aminofilina             |
| I20 Sobresedación, letargia o caída               | Sobreuso de medicamentos sedantes               |
| I21 Erupción cutánea                              | Evento adverso medicamentoso                    |
| I22 Interrupción súbita de un medicamento         | Evento adverso medicamentoso                    |
| I23 Transferencia a un nivel superior de atención | Evento adverso                                  |
| I24 Propio de la institución                      | Evento adverso                                  |

**Fuente:** Tomada de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 151. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

4.2.2.2.5 Quinta Herramienta: Formato Sugerido para Identificar y generar la decisión de investigar un evento adverso.

El siguiente es un formato general que es aplicable cuando se presenta algún evento adverso y se procede a su investigación:

**Tabla 8.** *Formato sugerido para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso.*

|   |
|---|
| <b>A) EL SUCESO PRODUJO</b>   |
| 1. No hubo tal proceso se trata de un falso positivo del cribado.   |
| 2. Alguna lesión o complicación, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia en el hospital (o reanimación o tratamiento en consultas externas) o fallecimiento. |
| 3. Suceso sin lesión o prolongación de la estancia (p.e. caída del enfermo sin consecuencias).  |
| <b>B) CAUSA DE LA LESIÓN O COMPLICACIÓN</b>   |
| La lesión o complicación fue debida a:  |
| 1. Atención en Salud.   |
| 2. Solamente por el proceso de la enfermedad.   |
| 3. NS/NR.   |
| <b>C) VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO Valore en una escala de 6 puntos la posibilidad de prevención</b>  |
| 1. Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención   |
| 2. Mínima posibilidad de prevención.  |
| 3. Ligera posibilidad de prevención.  |
| 4. Moderada posibilidad de prevención   |
| 5. Elevada posibilidad de prevención.   |
| 6. Total evidencia de posibilidad de prevención.  |
| Descripción:  |

**Fuente:** Modificada de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 151. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

#### 4.2.2.2.6 Sexta Herramienta: Proceso Sugerido para la Investigación y Análisis Eventos Adversos (Protocolo de Londres)

Al hablar del Protocolo de Londres es primordial señalar que es una versión actualizada de un texto denominado “*Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos*”<sup>33</sup>, es un material práctico.

Por tratarse de un sistema articulado donde aborda todo el proceso investigativo se evidencia su progreso. Al identificar las acciones u omisiones de todo lo que provoca un evento adverso se puede realizar un análisis más certero. La investigación y análisis que realiza se puede decir que es predecible, cuando se aplica de una manera sistemática al personal se obtienen mejores resultados al no sentirse presionado<sup>33</sup>.

Este modelo se aplicó en un principio en ambientes que no estaban relacionados en el área de la salud como fueron aviación industrias petroleras por medio de accidentes en una rutina establecida donde se desarrollaron diferentes métodos de análisis de éstos hubo una adaptación de algunos para implementarlos en la salud en la parte clínica-asistencial.

A partir de los resultados que arroje este modelo se toman decisiones desde niveles directivos, gerenciales que estas a su vez serán expuestas a todo el personal y en cada uno de los sitios de trabajo. En este caso hay planeamiento en la elaboración de barreras para evitar fallas y posibles eventos adversos como pueden ser: tipo físico, como las escaleras; natural como la distancia; directamente de acción humana como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión<sup>33</sup>.

Cuando se hace un análisis de un evento adverso los aspectos estudiados se hacen de una manera individual primero desde la acción segura que se presentó si tuvo alguna repercusión negativa para el paciente, porque fallaron las barreras y por último que pasó con los procesos institucionales.

En esta pirámide la prioridad debe ser el paciente y su condición de salud durante todo su proceso de atención, si se trata factores del individuo (como aquella persona miembro del personal de salud) entre como conocimiento, experiencia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, llegan hacer condiciones dentro de ambiente propicio, donde pueda desencadenar y cometer errores<sup>33</sup>.

La correcta prestación de un servicio de salud no debe depender solamente de una persona, debe ser una coordinación y de una buena comunicación de cada miembro de trabajo todos como un solo equipo. Para esta Herramienta se deben tener conceptos claros como son:

- **Acción insegura:** *“Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras”<sup>33</sup>.*

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar, observar o actuar.
  - Tomar una decisión incorrecta.
  - No buscar ayuda cuando se necesita.
- **Contexto clínico:** Dentro de un contexto clínico se puede definir como la *“Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura”<sup>33</sup>*. Ésta es información es fundamental para entender las circunstancias y en el preciso momento en que ocurrió el evento adverso.
- **Factor contributivo:** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura
    - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
    - Ausencia de protocolos.
    - Falta de conocimiento o experiencia.
    - Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
    - Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

Para realizar una buena investigación y que esta arroje un resultado lo más asertivo posible en un evento adverso se estandarizó tanto para incidentes mayores y menores lo siguiente: La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación, depende en su mayoría de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional citado a continuación:

- **Identificación y decisión de investigar:** Una vez identificado el evento adverso la institución debe decidir si se investiga o no, dependiendo de la magnitud del evento adverso para tener claros los motivos y los objetivos de dicha investigación
- **Selección del equipo investigador:** las personas que realice la investigación debe tener conocimientos y experiencias en área clínicamente específicamente:
  - Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
  - Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
  - Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc).
  - Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
  - Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.
  - Obtención y organización de información: Es todo lo relacionado con la información recopilada del paciente:
    - Historia clínica completa.
    - Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
    - Declaraciones y observaciones inmediatas.
    - Entrevistas con los involucrados.
    - Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados.
    - Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Al recopilar esta información se debe hacer de manera personal con el personal involucrado. Precise la cronología del incidente: en este caso toda la información debe coincidir exactamente con hora fecha y lugar<sup>33</sup> (imagen 9).

- **Identificar las acciones inseguras:** se debe garantizar que las acciones inseguras se presentaron por acciones específicas que se identificaron mediante el análisis o por medio de la historia clínica<sup>33</sup>.
- **Identificación de los factores contributivos:** se identifica cada acción segura categorizándolas analizando cada uno de los factores contributivos<sup>37</sup>.
- **Recomendaciones y Plan de Acción:** todo el proceso de investigación y análisis concluye cuando se identifica los factores contributivos de cada acción segura con el objetivo de mejorar las acciones inseguras<sup>33</sup>.
- **Priorización de los factores contributivos** de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
  - Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
  - Asignar un responsable de implementar las acciones.
  - Definir tiempo de implementación de las acciones.
  - Identificar y asignar los recursos necesarios.
  - Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
  - Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
  - Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

**Imagen 9.** Modelo Organizacional de Causalidad de Eventos Adversos “Protocolo de Londres”



**Fuente:** Obtenido de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 158. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

A partir de los resultados que arroje este modelo se toman decisiones desde niveles directivos, gerenciales que estas a su vez serán expuestas a todo el personal y en cada uno de los sitios de trabajo. En este caso hay planeamiento en la elaboración de barreras para evitar fallas y posibles eventos adversos como pueden ser: tipo físico, como las escaleras; natural como la distancia; directamente de acción humana como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión<sup>33</sup>.

Cuando se hace un análisis de un evento adverso los aspectos estudiados se hacen de una manera individual primero desde la acción segura que se presentó si tuvo alguna repercusión negativa para el paciente, porque fallaron las barreras y por último que pasó con los procesos institucionales.

En esta pirámide la prioridad debe ser el paciente y su condición de salud durante todo su proceso de atención, si se trata factores del individuo (como aquella persona miembro del personal de salud) entre como conocimiento, experiencia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, llegan hacer condiciones dentro de ambiente propicio, donde pueda desencadenar y cometer errores<sup>33</sup>. La correcta prestación de un servicio de salud no debe depender solamente de una persona, debe ser una coordinación y de una buena comunicación de cada miembro de trabajo todos como un solo equipo.

#### 4.2.2.2.7 Séptima Herramienta: Rondas de Seguridad

Es una manera de incrementar la atención en seguridad del paciente utilizado por la parte gerencial aplicable a un sector específico del servicio al que se quiera aplicar. Con la participación de los ejecutivos clínicos y administrativos, este tipo de pedagogía se inició en “Centro Médico Imbanaco de Cali en el año 2005, internacional sobre Calidad de los Servicios de Salud realizado en Lima-Perú”<sup>33</sup>, donde ha tenido varios cambios lo cual ha contribuido a mejorar esta herramienta en cuanto a la percepción que tiene el paciente en cuanto a su seguridad, representada en la siguiente tabla.

**Tabla 9.** Preguntas a hacer durante las Rondas de Seguridad del Paciente. Hospitales y Centros de Salud. Universidad de Michigan. USA

|   |   |
|---|---|
| • | ¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más fácil su trabajo?  |
| • | ¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?                                 |
| • | ¿Si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?           |
| • | ¿Cuál fue el último incidente que usted observó y que le causó daño a un paciente?                              |
| • | ¿Qué cree usted teniendo en cuenta las condiciones de su servicio será causante del próximo evento adverso?     |
| • | ¿Qué cree usted que teniendo en cuenta las condiciones de su servicio será causante del próximo evento adverso? |
| • | ¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?  |
| • | ¿Si usted pudiera iniciar este día otra vez, qué haría usted diferente?   |
| • | ¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no la hice?   |

**Fuente:** Modificada de Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del

paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 168. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

4.2.2.2.8 *Octava Herramienta: Formatos para la vigilancia de caídas de paciente*

Por medio de esta herramienta se recauda información sobre la prevalencia e incidencia que se pueden presentar al sufrir una caída de paciente y su continua vigilancia y tiene los siguientes datos:

**Imagen 10. Pauta de Evaluación de Riesgos en caídas de Pacientes**

**PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS  
(ESCALA DE J.H. DOWNTON)**

SERVICIO:  CAMA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N.º AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA:

| VARIABLES               |                              | INGRESO | FECHA DE REEVALUACIÓN |         |         |         |
|-------------------------|------------------------------|---------|-----------------------|---------|---------|---------|
|                         |                              | Puntaje | Puntaje               | Puntaje | Puntaje | Puntaje |
| Caídas previas          | No                           | 0       | 0                     | 0       | 0       | 0       |
|                         | Si                           | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
| Uso de medicamentos     | Ninguno                      | 0       | 0                     | 0       | 0       | 0       |
|                         | Tranquilizantes-sedantes     | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Diuréticos                   | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Hipotensores (no diuréticos) | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Antiparkinsonianos           | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Antidepresivos               | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Otros medicamentos           | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
| Déficit sensorial       | Ninguno                      | 0       | 0                     | 0       | 0       | 0       |
|                         | Alteraciones visuales        | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Alteraciones auditivas       | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Extremidades (ictus,...)     | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
| Estado mental           | Orientado                    | 0       | 0                     | 0       | 0       | 0       |
|                         | Confuso                      | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
| Deambulación            | Normal                       | 0       | 0                     | 0       | 0       | 0       |
|                         | Segura con ayuda             | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | Insegura con ayuda           | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
|                         | No deambula                  | 1       | 1                     | 1       | 1       | 1       |
| <b>Puntaje obtenido</b> |                              |         |                       |         |         |         |

**Nota:** En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto

**Interpretación del puntaje**

3 a más = alto riesgo  
 1 a 2 = mediano riesgo  
 0 = bajo riesgo

**Fuente:** Obtenida de Miyares A. Hospital General Universitario Gre Asistencial. 2007. [Citado 15 Sept 2018]; 22(3). Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarriaA.pdf?sequence>.

4.2.2.2.9 Novena Herramienta: Instrumento PERT para la evaluación de reingresos prematuros

Esta herramienta es importante para promover la seguridad en el ingreso de neonatales especialmente prevenciones de eventos adversos y errores médicos y contiene los datos presentados en la siguiente imagen<sup>37</sup>.

**Imagen 11.** Instrumento PERT para la evaluación del reingreso de prematuros

**HERRAMIENTA 8: INSTRUMENTO PERT PARA LA EVALUACIÓN DE REINGRESOS PREMATUROS<sup>39</sup>**

Anexo 1: Protocolo de evaluación de reingresos prematuros (PERP)

1. Si el diagnóstico que motivo el reingreso, ¿Es independiente del que motivo el ingreso primario?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 2)

2. ¿Hay constancia de que la situación clínica del paciente hubiese sido considerada terminal o el pronóstico fatal a corto plazo durante el ingreso primario, y reingresa por la misma enfermedad?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 3)

3. ¿El reingreso fue programado?  
Sí  (Pase a la pregunta 4) No  (pase a la pregunta 6)

4. Durante el ingreso primario, ¿Fue cancelada la atención prevista?  
Sí  Indique el motivo de la cancelación  
4a. A petición del paciente  
4b. Situación clínica del paciente  
4c. Problemas organizativos  
No  (Pase a la pregunta 5)

5. ¿Obedeció el ingreso a una actuación diagnóstica o terapéutica planificada con antelación?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 6)

6. ¿Se trata de un paciente con una enfermedad crónica (presente durante más de seis meses a partir del diagnóstico) que ingreso por una descompensación de dicha enfermedad (Se exceptúan los casos con respuesta afirmativa a la pregunta 2)?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 7)

En caso de respuesta afirmativa, especifique las características del reingreso

7. ¿Hay constancia de incumplimiento terapéutico por causa del paciente?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 8)

8. ¿El reingreso fue debido a un efecto secundario de los habitualmente asociados con el tratamiento previo (farmacológico)?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 9)

9. ¿Presentaba el paciente una complicación directamente relacionada con la asistencia o con algún procedimiento efectuado durante el ingreso primario?  
Sí  No  (Pase a la pregunta 10)

En caso de respuesta negativa especifique las características del reingreso

10. ¿Según el criterio del revisor, el reingreso analizado no se ajusta a ninguna de las posibilidades contempladas en este cuestionario (Especifique el motivo y las características del caso)

**Fuente:** Obtenido de Ministerio de protección social. España publicado en “monitorización de reingresos Hospitalarios prematuros. Revista de Calidad Asistencial. [Internet]. 2007. [Citado 17 Noviembre 2018]: 151. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.gov](http://www.minprotecciónsocial.gov)

#### *4.2.2.3 Componentes del Sistema Único de Habilitación*

En Colombia el “*Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS)*, que se encuentra reglamentado en el decreto 1011/2006 por la cual se establecen los mecanismos básicos” para la garantía de la calidad en salud<sup>38</sup>. A partir de ello se constituye el Sistema Único de Habilitación, que actualmente se encuentra reglamentada por la Resolución 2003/2014, que establece, los lineamientos del Sistema Único de Habilitación en salud (SUH), que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud, dando así seguridad en los procesos de atención, lo cual hace parte integral de la presente resolución.

El Sistema Único de Habilitación en salud (SUH), está constituido por tres componentes, los cuales son condiciones para que los prestadores de servicios de salud, pueda entrar, y permanecer, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud.

##### *4.2.2.3.1 Capacidad Técnico-Administrativa:*

Referida, a la existencia jurídica, de las instituciones públicas, y privadas, y a un sistema contable que le permita generar estados financieros<sup>38</sup>.

##### *4.2.2.3.2 Suficiencia patrimonial y financiera:*

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo<sup>38</sup>.

##### *4.2.2.3.3 Capacidad tecnológica y científica:*

Está dada por los siguientes principios que realizan la formulación de los estándares de la capacidad tecnológica y científica<sup>38</sup>.

A continuación, se presentan los criterios de su aplicación (imagen 12)

## Imagen 12. Criterios de aplicación de habilitación

**Fiabilidad:** La forma de aplicación y verificación de cada estándar es explícita y clara, lo que permite una verificación objetiva y homogénea por parte de los verificadores.

**Esencialidad:** Son las condiciones de capacidad tecnológica y científica que constituyen los requerimientos que protegen la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, de los riesgos que atentan contra dichos derechos, durante la prestación de servicios de salud.

**Sencillez:** La sencillez guía la formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos de su verificación, con el fin de que sean fácilmente entendibles y aplicables por los prestadores de servicios de salud, por las autoridades encargadas de su verificación, y en general, por cualquier persona interesada en conocerlos.

**Fuente:** Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014, república de Colombia. 2014. [Consultado 05 de agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Sus componentes son las condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, estos tienen como objetivo proteger y velar por la seguridad de los pacientes, además garantizar el cumplimiento de las condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los siete estándares de habilitación los cuales se describen a continuación en la (Diagrama 3):

**Diagrama 3. Los siete estándares de habilitación**



**Fuente:** Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014, república de Colombia. 2014. [Consultado 05 de agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

### 4.3 MARCO CONCEPTUAL

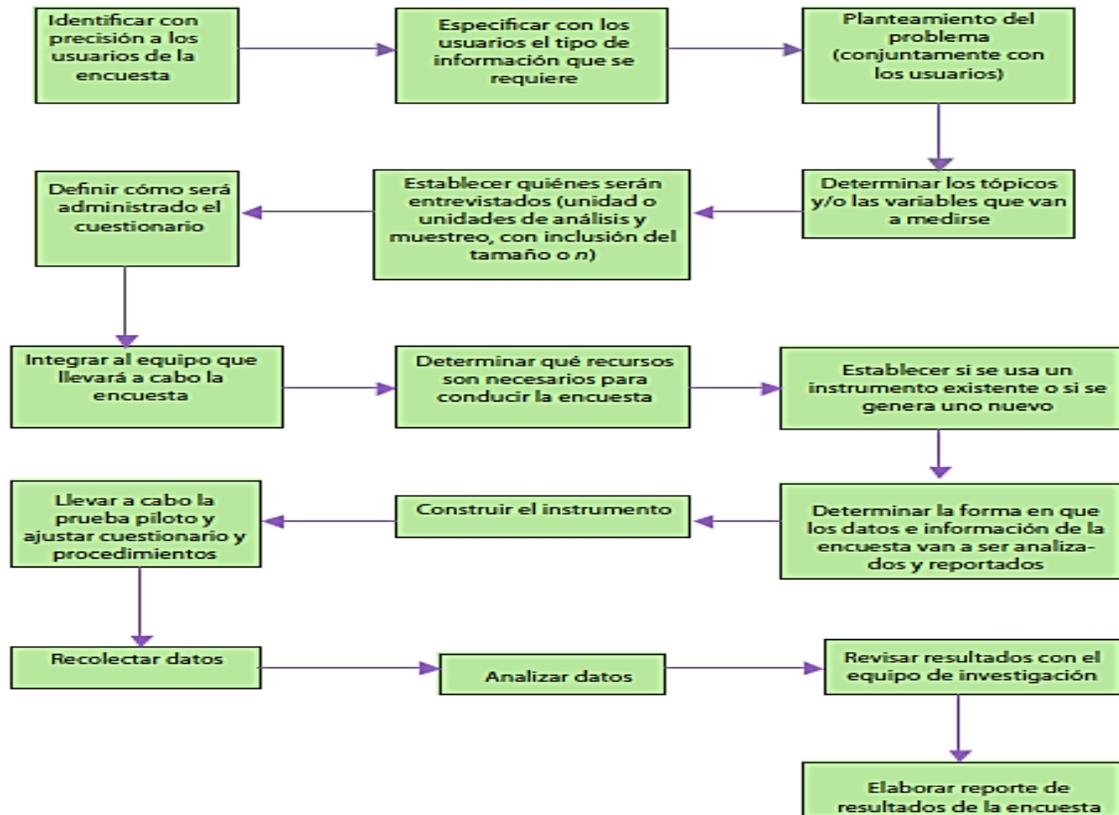
#### 4.3.1 Elaboración de un Cuestionario

Al recolectar datos se establece un cuestionario o guía de entrevistas, donde se basa de un conjunto de preguntas respecto de una o más variables, que se pueden aplicar de forma individual y grupal en tanto la realice quien lo desee.

La importancia del cuestionario que se asienta a la encuesta, donde la flexibilidad que da al realizarla es poder responder a una alta gama de preguntas como lo son: *el “qué” y “quién”, hasta el “cómo” y “por qué”*. Con esto se *“recolectan datos de numerosos individuos para entender a la población o universo al que representan”*<sup>39</sup>. Se adquiere un proceso en la encuesta como se muestra en la (Imagen 13) y dar conocimiento a los resultados de una

recolección cuantitativa que se realiza a la población encuestada, donde el resultado puede ser probabilística o no probabilística.

**Imagen 13.** *Proceso de una encuesta o survey.*



**Fuente:** Encuestas (Surveys). Capítulo 6. [Citado 16 Mayo 2019]. Disponible en: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A8637f669-7023-40ee-ba52-f63ac277657d>

### 4.3.2 Validación de un instrumento de medida

El proceso de validación de un instrumento debe tener diferentes aspectos psicométricos los cuales nos ayudan a medir un cuestionario, en donde se calculan todas aquellas circunstancias que son sensibles a los cambios de la situación clínica, que comprueba y establece todas las contingencias de afectación en el ámbito de la salud. El diseño y validación de este proceso se realiza inicialmente en el idioma original, aunque si se requiere utilizar y volver a verificar en un idioma diferente, se puede hacer con el fin de confirmar que mide apropiadamente y

de modo constante las circunstancias y aspectos psicométricos, ya establecidos dentro del cuestionario original, logrando ser aplicable a las diferentes culturas tanto nacionales como internacionales<sup>40</sup>.

Obteniendo así diversidad de instrumentos de evaluación en los diferentes países que hayan utilizado el mismo instrumento, es por eso que “*La Organización Mundial de la Salud*”<sup>40</sup>, recomienda desarrollar y utilizar indicadores de la salud estandarizados, con el fin de que la investigación multicéntrica internacional tenga instrumentos validados y desarrollados en el ámbito de la salud, para poder ser comparados internacionalmente, en cuanto a la calidad de la metodología utilizada es imprescindible para asegurar que los resultados que se obtienen en el estudio se puedan interpretar adecuadamente y utilizar en la práctica clínica.

### **4.3.3 Características psicométricas de un instrumento**

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico, donde uno de los criterios esenciales para determinar la calidad de su medición es evaluar las propiedades psicométricas. Entre más de estas se hayan medido obtiene una mejor consistencia.

Se tienen presente cuatro características métricas (Tabla 10), en donde las dos esenciales es la fiabilidad que mide una variable constantemente, pero no todos los que son fiables son validados, cuando no es válido es porque no mide el fenómeno que quiere medir, y la validez “*explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir*”<sup>40</sup>. Y las otras dos faltantes son sensibilidad y factibilidad que miden la validación de un instrumento, para eso se tiene que tener en cuenta el tipo y objetivo del instrumento.

**Tabla 10.** Características Psicométricas de un instrumento.

| ASPECTOS SIMÉTRICOS   |                      | DESCRIPCIÓN   |
|---|----------------------|---|
| <b>Fiabilidad</b>   | Consistencia interna | <i>Técnica Alfa de cronbach</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide el grado de correlación interna entre los ítems.</li> <li>Da un único valor de consistencia.</li> </ul>   |
|   |                      | <i>Técnica mitad y mitad</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compara las correlaciones entre las dos mitades de un instrumento.</li> </ul>   |
|   |                      | <i>Técnica kuder-Richarson</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obtiene el grado de correlación entre variables dicotómicas.</li> </ul>   |
|   |                      | <i>Correlación internunciados</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obtiene el grado de correlación entre cada variable y la puntuación total.</li> </ul>  |
|   | Estabilidad          | <i>Test-Retest</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones con los mismos sujetos.</li> </ul>  |
|   | Equivalencia         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Determina la consistencia de las puntuaciones de los instrumentos.</li> </ul>  |
|   | Armonía interjueces  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide el grado de concordancia entre observadores que miden el mismo fenómeno.</li> </ul>   |
| <b>Validez</b>  | Validez aparente     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Determina el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen.</li> <li>Se considera la parte del “Sentido común” de la validez de contenido.</li> </ul>   |
|   | Validez de contenido | <i>Metodo Delphi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Método para obtener la opinión de un panel de expertos.</li> </ul>  |
|   |                      | <i>Modelo de estimación de magnitud</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determina la intensidad percibida de un estímulo físico o social.</li> </ul>   |
|   |                      | <i>Modelo de fehring</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explora si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos.</li> </ul>  |
|   |                      | <i>Metodología Q</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide la validez de contenido con un grupo de expertos.</li> </ul>   |
|   | Validez de criterio  | <i>Validez concomitante</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide el grado de correlación entre un instrumento y otra magnitud que mida el mismo criterio.</li> <li>Mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo en los mismos sujetos.</li> </ul> |
| <i>Validez predictiva</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mide el grado de correlación entre la medida de un concepto y una medida posterior del mismo concepto. Mide como un instrumento predice una evaluación.</li> </ul> |                      |   |

|                     |   |                               |   |
|---------------------|---|-------------------------------|---|
|                     | Validez de constructo   | <i>Convergente-Divergente</i> | Mide si el instrumento correlación con variables esperables y no correlaciona con la que no se esperan.   |
|                     |   | <i>Análisis factorial</i>     | Reduce un numero de variables a factores de variables para distinguir las dimensiones subyacentes.  |
|                     |   | <i>Validez discriminante</i>  | Mide el grado del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes.   |
| <b>Sensibilidad</b> |   |                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes.</li> <li>• Se mide con el estadístico “tamaño del efecto” para evaluar la sensibilidad al cambio relacionando la media de las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención con la desviación estándar de la puntuación antes de la intervención.</li> </ul> |
| <b>Factibilidad</b> | <i>Porcentaje de respuestas tiempo de cumplimentación percepción de los pacientes y los profesionales</i> |                               | Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere utilizar.  |

**Fuente:** Modificado de Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martinez M., Sanz Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra*. [Internet]. 2011. [Citado 17 Mayo 2019]; 34(1):63-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)

#### 4.3.4 Conceptualización de un CAP

Para la Organización Panamericana de la Salud PAHO (Pan American Organización) define un CAP como “*un modelo de investigación utilizado como de herramienta donde se analizan comportamientos*”<sup>41</sup>. Consiste en una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), en donde se realiza un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre los conocimientos de las personas, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto.

Bajo un contexto histórico varios organismos internacionales y de ayuda humanitaria comenzaron a utilizar las encuestas CAP por primera vez aproximadamente en la década de los sesenta y setenta, con el objetivo es reunir información de utilidad para programas de atención primaria de salud y planificación familiar. Actualmente las encuestas CAP

constituyen una metodología consolidada y ampliamente utilizada con la cual se pretende que los usuarios con conocimiento y comprensión de los distintos temas puedan tener los recursos necesarios para gestionar los resultados, elaborando y planificando las distintas herramientas:

#### *4.3.4.1 Conceptualización del conocimiento*

Este es el conjunto de conocimientos por los cuales se transmite información mediante preparaciones o aprendizajes comprendiendo la razón por medio de la cual se realiza una acción. Conserva una relación entre un sujeto y un objeto.

A su vez involucra diferentes elementos como pueden comprender el sujeto, objeto, operación y representación interna. Las fuentes del conocimiento pueden representarse de manera verdadera o falsa, mediante las acciones práctica, activa, sobre naturaleza, la reelaboración practica de su sustancia, el aprovechamiento de determinadas propiedades<sup>42</sup>.

El conocimiento puede ser caracterizado de manera individual y social, interpretado según la información que se percibe cada individuo.

#### *4.3.4.2 Conceptualización de las actitudes*

La actitud refiere a la forma de respuesta de cada sujeto frente a distintas situaciones con distintas variables de manera favorable o desfavorable frente a una situación. Esta puede variar por las opiniones, creencias o valores<sup>42</sup>.

Puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto. Los componentes de la actitud variaran entre componentes cognitivos, afectivos y conductuales.

#### 4.3.4.3 Conceptualización de la práctica

Refiere el modo de actuar “*integral con calidad y calidez, de forma objetiva (científica, académica, clínica, tecnológica) y subjetiva (humanitaria, ética, valores, sentimientos) que evidencia el profesional de enfermería al brindar cuidados al paciente durante su estancia hospitalaria*”<sup>42</sup>.

#### 4.3.4.4 Objetivo principal de la encuesta

Cuando se aplica una encuesta tipo CAP debe cumplir con unos objetivos en específico la cual permite interpretar recolectar mejor la información que se describirán a continuación:

**Tabla 11. Objetivos principales de la encuesta**

| <b>OBJETIVOS PRINCIPALES</b> |   |
|------------------------------|---|
| •                            | La idea es obtener un conocimiento público y objetivo encaminado siempre a un “ <i>enfoque lógico basado en la realidad.</i> ” reconociendo conceptos y actitudes equívocos, esto permite encaminarlo a la población de una manera pedagógica y así lograr un cambio significativo que contribuya en los comportamientos. |
| •                            | Establecer de una forma clara la argumentación de la encuesta donde se establezca la necesidad de información. Toda la investigación debe estar justificada tanto datos nacionales e internacionales.   |
| •                            | Los objetivos de la encuesta se articulan por regla en un contexto (geografía, demografía, política y sociedad). Se debe basar en torno a hipótesis ejemplo: acciones y prácticas mal adaptadas.  |
| •                            | Es importante que la encuesta garantice disminuir las consecuencias negativas para la población sobre la cual se va aplicar.  |
| •                            | Al realizar esta actividad no debe atentar contra la integridad de la persona.  |
| •                            | Debe contribuir al conocimiento y la información  |

**Fuente:** Modificado de ISSU. Métodos cuantitativos Ejemplo de encuestas CAP. [Internet]. 2011. [Citado 05 Agosto 2018]. Disponible en: [https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm\\_guia\\_encuesta\\_cap\\_2011](https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guia_encuesta_cap_2011)

#### 4.3.5 Protocolo de la Encuesta tipo CAP

Se debe reservar el aspecto ético de la encuesta donde se realiza desde el respeto y las leyes de la persona.

Las encuestas no deben tener ningún beneficio personal ni económico. Toda encuesta debe contar con el consentimiento informado, debe ser libre y voluntario; la aplicación de dicha encuesta no debe superar más de los 30 minutos. ISSU<sup>43</sup>.

#### **4.3.6 Muestreo de la población**

Debe ser definida, que compartan ciertas características comunes, se puede realizar por medio de una base de sondeo que son una lista de personas que enumeran a un grupo de individuos de una población permitiendo los criterios de inclusión y exclusión de la encuesta. Se debe calcular el tamaño de la muestra se pueden realizar por medio de análisis estadísticos o por los protocolos de muestreo. ISSU<sup>43</sup>.

#### **4.3.7 Etapas de la Elaboración de la Encuesta Tipo CAP**

Debe estar compuesta por una lista de preguntas determinadas, y se estructura mediante una forma estándar, por medio del contenido del cuestionario dichas preguntas deben estar planteadas, y organizadas, de una manera coherente y entendible, la información destinada debe contener una secuencia mediante módulos temáticos donde se articulan las preguntas referentes al mismo tema. Las respuestas deben estar totalmente adaptadas apoyándose en revisión de documentación. ISSU<sup>43</sup>.

#### **4.3.8 Análisis de la información**

Es muy importante porque proporciona, la información a los encuestadores y define indicadores para descartar o verificar las hipótesis, permite hacer un análisis y descripción sobre las variables para hacer la elaboración de los resultados<sup>44</sup>.

#### **4.3.9 Conclusión de la Encuesta tipo CAP**

Es importante porque permite plantear intervenciones directas frente a la problemática presentada por medio de una pedagogía, mejorando eficazmente las prácticas sirviendo como soporte para la elaboración de actividades.

#### **4.4 SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente se define como *“la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociada a la atención sanitaria”*. Donde es uno de los principios fundamentales de atención de salud<sup>44</sup>.

Por lo tanto, al tener un evento adverso es considerado por una mala práctica clínica, algún producto o entre otros; al prestar el servicio a un paciente se intenta tener barreras de seguridad que cada día se intenta mejorar para no seguir teniendo errores, tanto como en la gestión de la seguridad, los riesgos ambientales, el control de infecciones, el uso seguro de medicamentos y la seguridad de los equipos<sup>45</sup>.

##### **4.4.1 Clasificación y taxonomía de la seguridad del paciente.**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente definió los términos relacionados en un documento denominado marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente, agrupando los términos en 10 categorías principales (Tabla 12), para dar una representación de un ciclo continuo de *“aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema”*<sup>46</sup>.

**Tabla 12.** *Categorías de los conceptos de seguridad del paciente establecidos por la OMS 2006*

| <b>CATEGORÍA</b>                                | <b>DEFINICIÓN</b>  |
|---|--|
| <b>Tipo de incidente</b>                        | Es una categoría de incidente de naturaleza en procedimientos clínicos, con el objetivo de agrupar los diferentes incidentes relacionados con la seguridad del paciente.                         |
| <b>Características del paciente</b>             | Clasifican la información del paciente, la razón original por la que se solicitó la atención sanitaria, y el diagnóstico principal.  |
| <b>Factores/peligros contribuyentes</b>         | Son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca.                  |
| <b>Detección</b>                                | Se define como una acción o circunstancia que permite descubrir un incidente.  |
| <b>Medidas de mejora</b>                        | Son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente.   |
| <b>Resultados para el paciente</b>              | Incidentes relacionados a repeticiones de eventos adversos que ponen el riesgo la seguridad del paciente.  |
| <b>Características del incidente</b>            | Hace referencia a las circunstancias que provocaron el daño al paciente, el momento en que ocurrió el incidente, el lugar y que personal se vio involucrado en dicho evento.                     |
| <b>Resultados para la organización</b>          | Hace referencia a las repercusiones para la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente.  |
| <b>Factores atenuantes</b>                      | Son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente.  |
| <b>Medidas adoptadas para reducir el riesgo</b> | Reducir el riesgo se concentra en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema. |

**Fuente:** Modificado de la OMS. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente: Ginebra. Organización mundial de la salud. 2009. [consultado 12 agosto 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)

#### **4.4.2 Retos Mundiales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**

Son campañas diseñadas con el fin de promover la reducción de eventos adversos de acuerdo con el área temática de cada uno, se estableció inicialmente que se va a lanzar cada dos años, pero a pesar de ello entre 2005-2018 solo se han lanzado tres retos.

#### *4.4.2.1 Primer reto para la seguridad del paciente: Una atención limpia es una atención más segura*

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creó el primer proyecto en 2005 -2006 (Imagen 14) que tiene como finalidad la reducción de las infecciones relacionadas a la atención médica sanitaria. Este Reto Mundial (*Una atención limpia es una atención más segura*) en pro de la Seguridad del Paciente catalizara el compromiso de todas las personas garantes a mejorar la calidad del servicio, para hacer de una atención limpia, y por tanto más segura. Es por eso que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente eligió las infecciones relacionadas con la atención sanitaria como tema de su primer Reto Mundial, ya que éstas son una de las principales preocupaciones en materia de seguridad del paciente. Es importante tener en cuenta que cada año este tipo de infecciones cobran la vida de cientos de millones de personas en todo el mundo y causando discapacidades que pudieron ser evitables. En realidad, la problemática de higiene se hace más fuerte en la atención, ya que esto hace que el paciente se vuelva más vulnerable a procesos infecciosos graves. Esto tiene que ver por el incumplimiento de las normas correctas de higiene del lavado de manos por parte del personal de salud, la ausencia de agua limpia y el mal proceso de esterilización de los equipos, son factores que a diario ponen en riesgo la calidad de atención al paciente<sup>47</sup>.

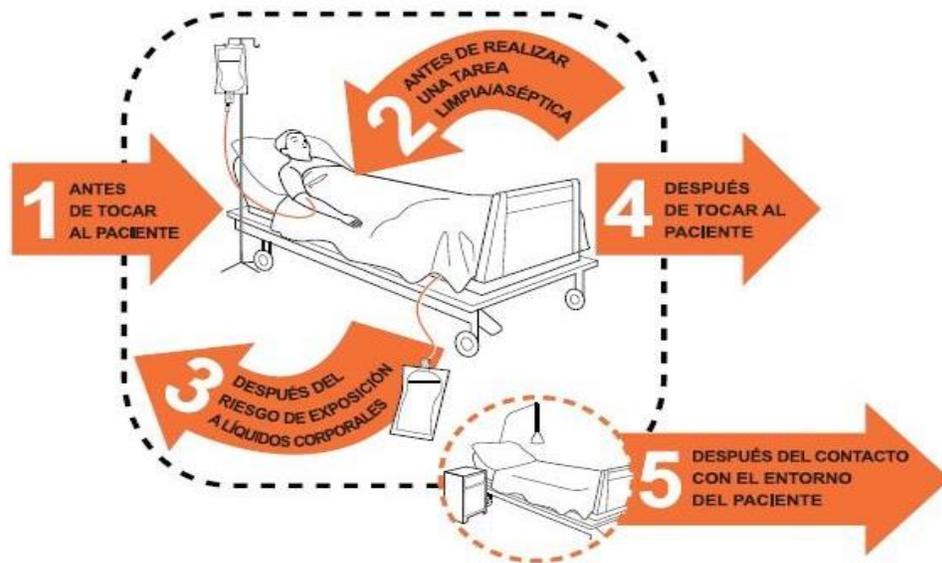
**Imagen 14.** Afiche promocional Primer reto atención limpia atención segura. Alianza mundial por la seguridad del paciente. 2008



**Fuente:** Tomada de Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)

El primer reto mundial tiene como objetivo fundamental la reducción de infecciones relacionadas a la atención sanitaria y es por eso que creo los 5 momentos para el lavado de manos (Imagen 15) una atención limpia, atención segura. A continuación se describe cada uno de los 5 momentos:

**Imagen 15.** Afiche de los 5 momentos de lavado de manos primer reto atención limpia atención segura. Alianza mundial por la seguridad del paciente



**Fuente:** Tomada de Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)

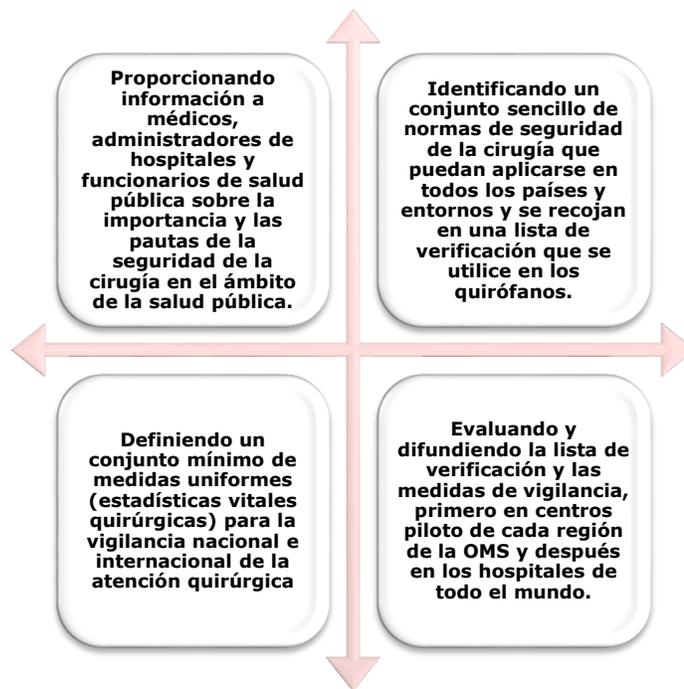
#### 4.4.2.2 Segundo reto para la seguridad del paciente: Cirugía segura salva vidas

En enero de 2007 la Alianza mundial para la seguridad del paciente empezó a trabajar en el segundo reto mundial “*Cirugía segura salva vidas*” (imagen 16), con el propósito de mejorar la problemática que se presenta en la atención en las cirugías aplicando normas de seguridad. Respecto a eso se realizaron estudios que demostraron la gravedad y la magnitud del problema, esto se debe a la falta de formación del personal, el mal estado de los equipos, a infraestructuras deterioradas y el manejo inadecuado del lavado de manos que pueden

producir infecciones en la herida quirúrgica del paciente la cual puede cobrar la vida de millones de ellos, ya que es la causa más frecuente de las complicaciones quirúrgicas<sup>45</sup>.

El segundo reto de la Alianza mundial para la seguridad del paciente pretende mejorar la calidad de los procedimientos quirúrgicos para así reducir el riesgo de muerte mediante cuatro líneas de acción como se muestra en la siguiente (Diagrama 4):

**Diagrama 4.** *Líneas de acción del segundo reto mundial de la Organización Mundial para la seguridad de paciente cirugía segura salva vidas*



**Fuente:** Modificado de Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)

**Imagen 16.** Afiche promocional *Segundo reto cirugía segura salva vidas. Alianza mundial por la seguridad del paciente.*



**Fuente:** Tomada de Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)

#### 4.4.2.3 Tercer reto mundial para la seguridad del paciente: medicación sin daños

El nuevo reto mundial de la Organización mundial de la salud (*OMS*), tiene como finalidad reducir el daño que causa los errores de medicación (Imagen 17). Una iniciativa que la *OMS* implementó fue una descripción médica clara, y una distribución y consumo de los medicamentos correcta con el fin de reducir un 50% de daños provocados por el mal uso de estos<sup>48</sup>.

Según la *OMS*, sólo en los estados unidos se produce el 1,3 millón de muertes diarias produciendo eventos adversos por el mal manejo de los medicamentos, si tener en cuenta el daño tan grave que puede causar en el ser humano. Se cree que el error de medicación se debe a una comunicación incorrecta del profesional de salud hacia el paciente, esta iniciativa de mejorar los errores por medicamentos se lleva a cabo en todos los países para que tomen las medidas pertinentes, con esta problemática que provocan daños si se utilizan de una

manera inadecuada, por ejemplo, pacientes que tienen múltiples enfermedades la cual esto sería una causa mortal<sup>48</sup>.

**Imagen 17.** *Tercer reto mundial de la Organización Mundial De La Salud. Medicación sin daño*



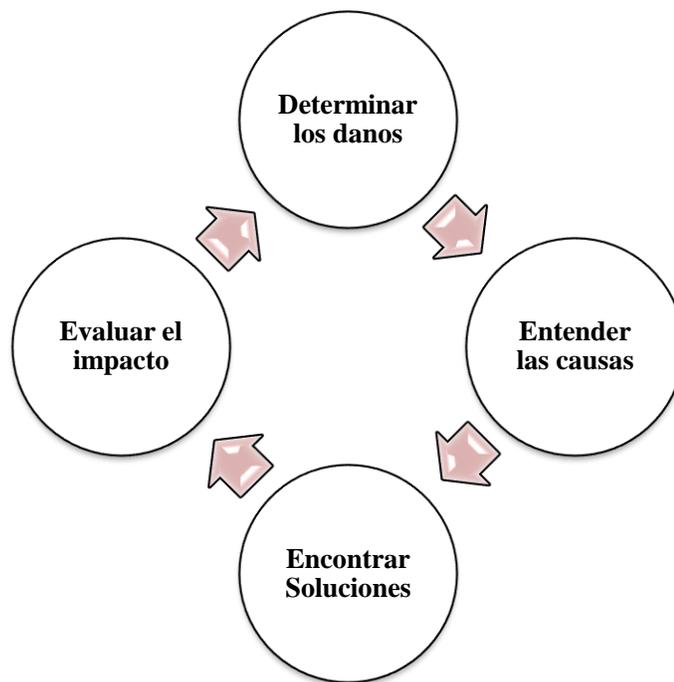
**Fuente:** Tomada de Patient safety. WHO global patient safety challenge: medication without harm. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017. [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

#### 4.4.3 Investigación en Seguridad del Paciente

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente estableció un documento con las especificaciones recomendadas para hacer investigación en la seguridad del paciente. Para la OMS es muy importante tener en cuenta el incremento de daños que se presentan en pacientes debido a diferentes prácticas médicas. Es saber cuáles son las causas más repetitivas durante la atención médica, un ejemplo de ello es que cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones con fines terapéuticos, de ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de muertes y la pérdida de aproximadamente 26 millones de muertes, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH<sup>49</sup>.

La falta de compromiso respecto a la seguridad del paciente ha sido una problemática en la cual ha afectado a diferentes países que están en proceso de desarrollo. La OMS ha incrementado una serie de investigaciones con el fin de ayudar a los profesionales de la salud a mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, por lo cual se propone un ciclo para desarrollar la investigación en torno al tema como se muestra en el siguiente (Diagrama 5):

**Diagrama 5.** *Ciclo de la Investigación sobre la seguridad del paciente. OMS. 2007*

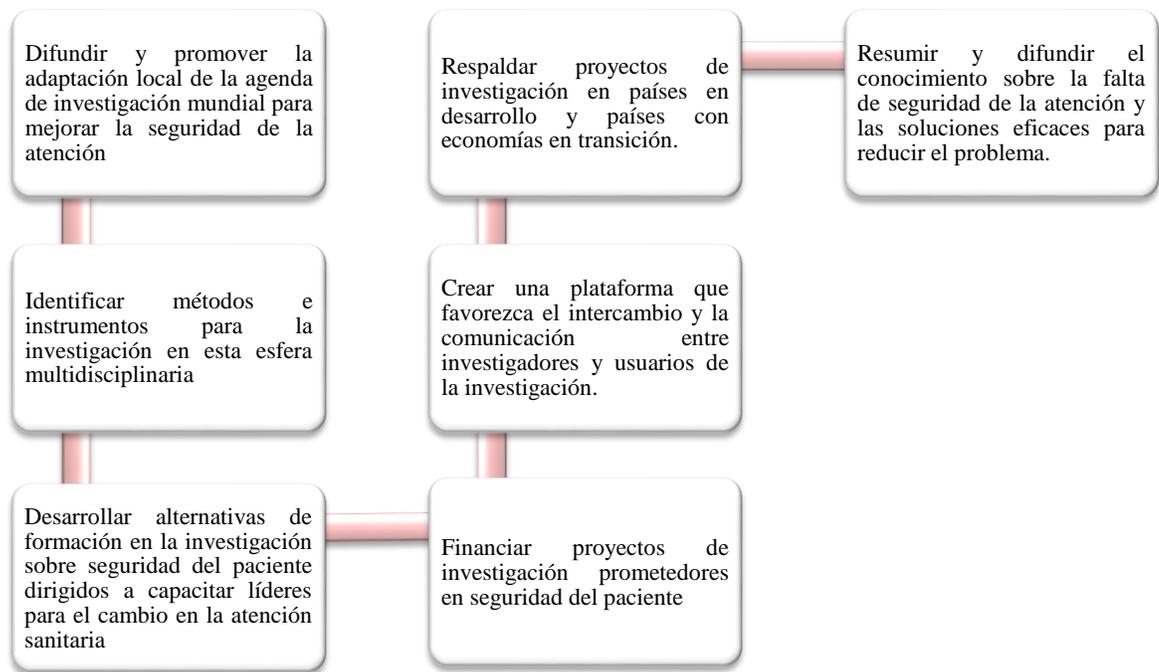


**Fuente:** Modificado de la OMS Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente Ginebra. Organización Mundial Para La Seguridad Del Paciente. [Internet]. 2006. [consultado 12 de marzo 2018]: Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf)

Esta estrategia pone un énfasis de investigación especial para trabajar en la realización de soluciones rápidas para la reducción de los daños ocasionados en diferentes partes de la atención sanitaria, con la ayuda de diferentes países del mundo.

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente en el 2005 se encaminó en los siguientes parámetros para obtener una atención digna para el paciente, como se muestra en el (Diagrama 6):

**Diagrama 6.** *Parámetros de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*



**Fuente:** Obtenido de Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente Ginebra. Organización Mundial Para La Seguridad Del Paciente. 2006. [Consultado 12 de marzo 2018]; Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf)

La primera reunión sobre las investigaciones para la seguridad del paciente se realizó el 24 de septiembre de 2007 en Porto (Portugal) con la atención de 60 países que buscan mejorar el cuidado sanitario, para reducir los incidentes en los pacientes. Con esta conferencia se llegó a la conclusión de que, para poder mejorar la calidad en la atención sanitaria en los pacientes, se requiere un con urgencia una ayuda económica, la ayuda de países en proceso de desarrollo y países desarrollados, ya que el paciente es la parte fundamental de esta investigación. *(El lema de oporto).*

#### 4.4.4 Soluciones para la Seguridad del Paciente

La *Joint Commission* en trabajo colaborativo con la Alianza Mundial de la Seguridad del Paciente, generó un documento con nueve soluciones para la seguridad del paciente a partir de las problemáticas más críticas identificadas a nivel internacional, para minimizar todos los daños y riesgos que se relacionan con la atención sanitaria.

Listado de soluciones inaugurales para la seguridad del paciente, donde se establecieron 9 como lo se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 13.** *Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente*

| SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE                                 |  |
|---|--|
| ● Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.                             | ● Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales                         |
| ● Identificación de paciente.   | ● Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos  |
| ● Comunicación durante el traspaso de paciente.                           | ● Usar una sola vez los dispositivos de inyección  |
| ● Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto. | ● Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud |
| ● Control de las soluciones concentradas de electrolitos.                 |  |

**Fuente:** Modificado de Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. 2007 [Citado 21 Agosto 2018]:1-2. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>.

##### 4.4.4.1 Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos

La seguridad del paciente, implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud, es por eso que la “*International Classification for Patient Safety de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.*” (Tabla 14) realizó una propuesta de clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar un evento adverso en la atención a un paciente, para ser aplicada en Colombia, los cuales se describen a continuación<sup>50</sup>.

**Tabla 14.** *Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos*

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Tipo 1:</b><br/>Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realiza cuando este indicado</li> <li>• Incompleta o insuficiente</li> <li>• No disponible</li> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Proceso o servicio equivocado</li> </ul>  |
| <p><b>Tipo 2:</b><br/>Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realiza cuando este indicado</li> <li>• Incompleta o insuficiente</li> <li>• No disponible</li> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Proceso equivocado / tratamiento / procedimiento</li> <li>• Parte del cuerpo equivocado</li> </ul>  |
| <p><b>Tipo 3:</b><br/>Relacionados con fallas en los registros clínicos</p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos que faltan o no disponibles</li> <li>• Retraso en el acceso a documentos</li> <li>• Documento para el paciente equivocado o documento equivocado</li> <li>• Información en el documento confusa / ilegible / incompleta</li> </ul>  |
| <p><b>Tipo 4:</b><br/>Infección ocasionada por la atención en salud</p>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Torrente sanguíneo</li> <li>• Zona Quirúrgica</li> <li>• Absceso</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Cánulas intravasculares (catéteres)</li> <li>• Prótesis infectadas / sitio</li> <li>• Urinario dren / tubo (sondas vesicales)</li> <li>• Tejidos blandos</li> </ul>  |
| <p><b>Tipo 5:</b><br/>Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Medicamento equivocado</li> <li>• Dosis / frecuencia incorrecta</li> <li>• Formulación incorrecta o presentación</li> <li>• Ruta equivocada</li> <li>• Cantidad incorrecta</li> <li>• Etiquetado / instrucción incorrecta</li> <li>• Contraindicación</li> <li>• Almacenamiento incorrecto</li> <li>• Omisión de medicamento o dosis</li> <li>• Medicamento vencido</li> <li>• Reacción adversa al medicamento</li> </ul> |
| <p><b>Tipo 6:</b><br/>Relacionados con la sangre o sus derivados</p>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado</li> <li>• Dosis o frecuencia incorrecta</li> <li>• Cantidad incorrecta</li> <li>• Etiquetado / instrucción incorrecta</li> <li>• Contraindicado</li> <li>• Almacenamiento incorrecto</li> <li>• Omisión de medicamento o la dosis</li> <li>• Sangre / derivado sanguíneo caducado efectos adversos</li> </ul>  |
| <p><b>Tipo 7:</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Dieta incorrecta</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad incorrecta</li> <li>• Frecuencia incorrecta</li> <li>• Consistencia incorrecta</li> <li>• Almacenamiento incorrecto</li> </ul>   |
| <b>Tipo 8:<br/>Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente equivocado</li> <li>• Gas / vapor incorrecto</li> <li>• Flujo y concentración equivocados</li> <li>• Modo de entrega equivocado</li> <li>• Contraindicación</li> <li>• Almacenamiento incorrecto</li> <li>• Fallas de administración</li> <li>• Contaminación</li> </ul>   |
| <b>Tipo 9:<br/>Relacionados con los dispositivos y equipos médicos</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y embalaje deficientes</li> <li>• Falta de disponibilidad</li> <li>• Inapropiado para la tarea</li> <li>• Sucio / no estéril</li> <li>• Fallas / mal funcionamiento</li> <li>• Desalojado/desconectado/eliminado</li> <li>• Error de uso</li> </ul>  |
| <b>Tipo 10:<br/>Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de normas o falta de cooperación/obstrucción</li> <li>• Desconsiderado/rudo /hostil/inapropiado</li> <li>• Arriesgado/temerario/peligroso</li> <li>• Problema con el uso de sustancias/ abuso</li> <li>• Acoso</li> <li>• Discriminación y prejuicios</li> <li>• Errático/fuga</li> <li>• Autolesionante/suicida</li> </ul>  |
| <b>Tipo 11:<br/>Caídas de pacientes</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catre</li> <li>• Cama</li> <li>• Silla</li> <li>• Camilla</li> <li>• Baño</li> <li>• Equipo terapéutico</li> <li>• Escaleras/escalones</li> <li>• Siendo llevado/apoyado por otra persona</li> </ul>  |
| <b>Tipo 12:<br/>Accidentes de pacientes</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo (fuerza) contundente</li> <li>• Mecanismo (fuerza) cortante penetrante</li> <li>• Otras fuerzas mecánicas</li> <li>• Temperaturas</li> <li>• Amenazas para la respiración</li> <li>• Exposición a sustancias químicas u otras sustancias</li> <li>• Otros mecanismos específicos de lesión</li> <li>• Exposición a efectos del tiempo, desastres naturales, u otras fuerzas de la naturaleza</li> </ul> |
| <b>Tipo 13:<br/>Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistente /inadecuado</li> <li>• Dañado/defectuoso/desgastado</li> </ul>  |
| <b>Tipo 14:</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionando con la gestión de la carga de trabajo</li> <li>• Camas/disponibilidad de los servicios/adequación</li> <li>• Recursos humanos/disponibilidad de personal/adequación</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de equipos/personal</li> <li>• Protocolos/políticas/procedimientos/disponibilidad de guías/adequación</li> </ul>  |
| <b>Tipo 15:<br/>Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolección</li> <li>• Transporte</li> <li>• Clasificación</li> <li>• Registro de datos</li> <li>• Procesamiento</li> <li>• Verificación/validación</li> <li>• Resultados</li> </ul> |

**Fuente:** Modificado de Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Internet]. 2008. [consultado 01 de mayo de 2019]; 35-39. Disponible en: [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)

#### 4.4.4.2 Definiciones básicas de la política de seguridad del paciente

Definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente (Tabla 15) del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

**Tabla 15.** *Definiciones de la política de seguridad del paciente*

| <b>PALABRA</b>                         | <b>DEFINICIÓN</b>   |
|--|---|
| <b>ATENCIÓN EN SALUD</b>               | Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.   |
| <b>ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO</b> | Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. |
| <b>BARRERA DE SEGURIDAD</b>            | Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.   |
| <b>COMPLICACIÓN</b>                    | Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.                                  |
| <b>EVENTO ADVERSO</b>                  | Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.                               |
| <b>EVENTO ADVERSO PREVENIBLE</b>       | Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.           |
| <b>EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE</b>    | Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.   |
| <b>FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>   | Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.</p>                 |
| <b>INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA</b>                      | <p>Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.</p>  |
| <b>INCIDENTE</b>   | <p>Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.</p>  |
| <b>RIESGO</b>  | <p>Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.</p>   |
| <b>SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b>             | <p>Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias</p>                                |
| <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>                            | <p>Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.</p> |
| <b>VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b> | <p>Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.</p>  |

**Fuente:** Modificado de Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Internet]. 2008. [consultado 01 de mayo de 2019]; 14-15. Disponible en: [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Para validación del instrumento, se consideró importante la elaboración de un consentimiento informado con el fin de proteger y valorar la participación de los expertos en el estudio, el cual se clasifica como una investigación sin riesgo de acuerdo con la “Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, también va acorde con la declaración internacional de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el informe Belmont alineándolos a los principios de: Respeto a las personas porque este tipo de estudio en ningún momento vulnera la autonomía del individuo dándole elecciones y valor, beneficencia contemplando las expresiones de los actos del no daño y justicia ya que este estudio no atenta contra la verdad y los beneficios para la sociedad<sup>51</sup>.

## **6 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

La metodología tiene como finalidad la recolección de datos, para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes en práctica formativa del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque respecto a la seguridad del paciente quirúrgico.

### **6.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Seguridad del paciente

### **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo de corte transversal, de enfoque cuantitativo, con el fin de obtener la validez del instrumento para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de seguridad del paciente quirúrgico en los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica la Universidad El Bosque en la ciudad de Bogotá, por medio de un juicio de validez por expertos.

Este proceso de validación por expertos, consiste en la opinión informada de personas que posean trayectoria y conocimientos del tema a evaluar en cuestión, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que, por consiguiente, son capaces de dar información, evidencia, y realizar juicios y valoraciones sobre el mismo.

### **6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

2 expertos en Instrumentación Quirúrgica y educación.

1 experto metodológico

## 6.4 PERFIL DE LOS EXPERTOS

Para realizar la operacionalización de las variables se seleccionaron dos validadores de contenido y uno metodológico, cada uno de ellos profesionales de la salud.

✓ **VALIDADOR 1:** Docente Programa Instrumentación Quirúrgica de la Universidad el Bosque, Instrumentadora Quirúrgica de la FUCS, especialista en Docencia Universitaria de la Universidad Militar Nueva Granada, aprendiente de la Maestría en Gestión de Tecnología Educativa de la Universidad de Santander, con experiencia en procedimientos asistenciales en Instituciones Públicas y Privadas del Sistema Nacional de Seguridad Social y en la orientación de Prácticas pedagógicas en el área de la salud y manejo de actividades Administrativa docencia y Servicio en convenios realizados con Instituciones de Educación Superior e Instituciones Prestadoras de Salud.

✓ **VALIDADOR 2:** Instrumentadora Quirúrgica con experiencia en procedimientos asistenciales en Instituciones Públicas y Privadas del Sistema Nacional de Seguridad Social con conocimiento de la organización, esterilización y manejo de equipos básicos y especiales necesarios para el acto quirúrgico, capacidad para dirigir y supervisar áreas quirúrgicas y centrales de Esterilización con experiencia en la orientación de Prácticas pedagógicas en el área de la salud y manejo de actividades Administrativa docencia y Servicio en convenios realizados con Instituciones de Educación Superior e Instituciones Prestadoras de Salud.

✓ **VALIDADOR 3:** Médico, Especialista en Epidemiología con experiencia en la coordinación de Investigaciones en posgrados de salud de una Universidad acreditada de alta calidad de Bogotá, Directora de trabajos de grado de especializaciones médicas por más de 10 años, Magister en economía de la salud y el medicamento.

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Profesionales con experiencia en construcción de instrumentos de medición
- Experiencia laboral en el área de Instrumentación Quirúrgica

## **6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- No querer participar en el estudio

## **6.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Participaron con la construcción de las siguientes fuentes de información

- ✓ Marco teórico de las variables
- ✓ Preguntas con otras fuentes de información
- ✓ Consulta con expertos

### **6.7.1 Plan de análisis de la información**

Para el desarrollo de la investigación el grupo seleccionó conceptos clave sobre Seguridad del paciente y esto permitió la implementación de preguntas para el diseño de un instrumento para la investigación realizando preguntas de selección múltiple con única respuesta, relación de columnas, falso verdadero y con opción sí y no.

## 7 RESULTADOS

A continuación, se hace la presentación de los resultados de acuerdo a los objetivos y la pregunta de investigación planteada.

### 7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Con base a la documentación del marco realizado, se ejecutó el análisis de la información dando como resultado la realización de una tabla de operacionalización de variables (tabla 16) en las que se contemplaron como variables las siguientes: Sociodemográficas, como la edad, el género, conocimientos, actitudes y prácticas sobre la seguridad del paciente en los estudiantes de práctica formativa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad El Bosque.

**Tabla 16.** *Tabla de operacionalización de variables*

| NOMBRE DE LA VARIABLE                         | DEFINICIÓN   | DEFINICIÓN DE LA OPERACIÓN  | CATEGORÍA    | ESCALA  |
|---|--|---|--------------|---|
| EDAD  | Edad en que se considera dividida la vida humana   | Los años que tiene la persona encuestada  | Cuantitativa | El número de años del encuestado.                                     |
| GÉNERO  | Es la condición masculina, femenina, orgánica que diferencia a los seres humanos, plantas y animales.                | Género encuestado   | Cualitativa  | Género femenino y masculino   |
| ACTITUDES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE     | Manera de estar dispuesto a comportarse u obrar.   | Disposición y atención del encuestado frente a la seguridad del paciente.               | cualitativo  | Grado de atención   |
| CONOCIMIENTOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | Consiste en el entendimiento, la inteligencia y la razón natural del ser humano de relacionar una noticia elemental. | Conceptos del encuestado sobre la seguridad del paciente en diferentes puntos del país. | Cuantitativo | Grado atención y conocimiento o del encuestado frente a la respuesta. |

|   |   |   |             |  |
|---|---|---|-------------|--|
| PRÁCTICAS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | Capacidad y habilidad del ser humano para ejercer prácticas en diferentes aspectos profesionales. | Experiencia del encuestado frente a la seguridad del paciente                               | Cualitativo | El tiempo de realización y grado de profundización           |
| APROBACIÓN                                | Acción y efecto de aprobar.   | Excelente desempeño del encuestado frente a los conocimientos sobre seguridad del paciente. | cualitativo | Puntaje de aprobación de 3.0 en la encuesta.                 |
| AFINIDAD                                  | Coincidencia de gustos, caracteres u opiniones en dos o más personas.                             | Capacidad de percepción del encuestado sobre la seguridad del paciente.                     | cualitativo | Clasificación de 5 o 6 encuestado para la escala de valores. |

**Fuente:** Modificada de García P. Sacristán D. Panamericana. Diccionario de términos médicos de la real academia nacional de medicina. [Internet]. 2012. [citado 18 agosto 2018]. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/legal.aspx>)

## 7.2 RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CADA INSTRUMENTO POR LOS EXPERTOS

Para el proceso de validación, cada validador debía evaluar cada pregunta para los cuatro ítems establecidos que fueron: Relevancia, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad; con una escala de 1 a 4. Para el análisis se estableció la no aceptación con puntajes de 1 y 2; y la aceptación para los puntajes de 3 y 4. Se realizó la tabulación de los resultados en una base de datos de Excel donde se colocaron los valores asignados a cada pregunta por validador generando un resultado definitivo para cada pregunta. Los resultados finales fueron los siguientes:

En el Capítulo I Corresponde a los Aspectos Socio Demográficos de edad, género y fecha donde hubo aceptabilidad y no se reflejaron Observaciones otorgado para este capítulo.

El capítulo II que indaga sobre el conocimiento que se tienen sobre Seguridad del Paciente quirúrgico ya que son Aspectos importantes que se deben en cuenta por medio de este capítulo se recopilan información de datos importantes y confiables.

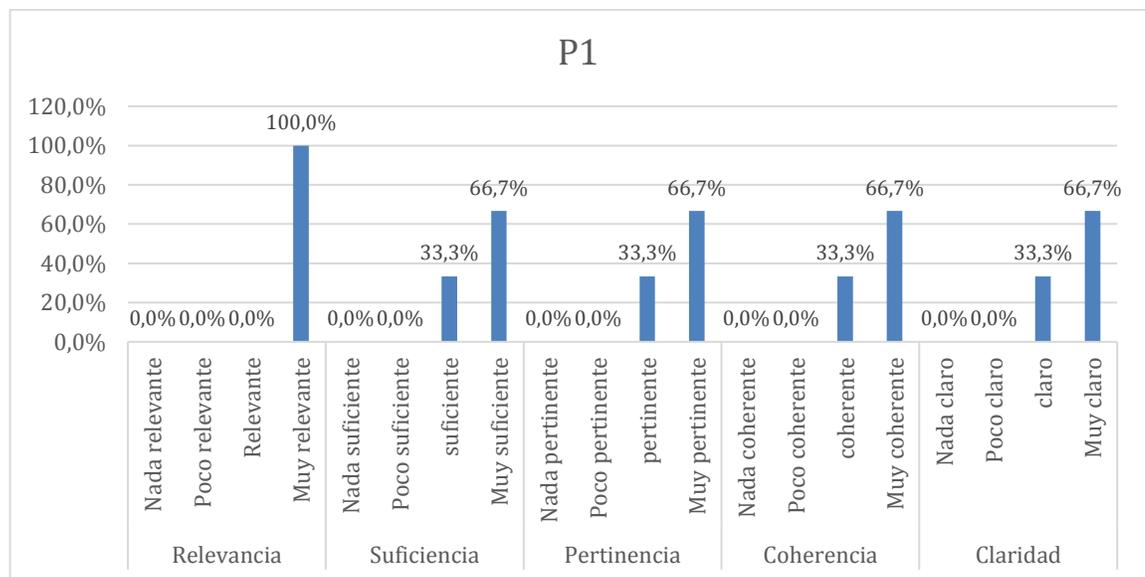
En el III capítulos se realiza sobre Actitudes en Seguridad del paciente Quirúrgico algunos comportamientos y estos datos son decisivos para el análisis de la problemática.

Finalmente, en el IV Capitulo se indaga sobre las Prácticas aplican sus conocimientos en algunos casos específicos sobre Seguridad del paciente

### 7.2.1 Conocimientos

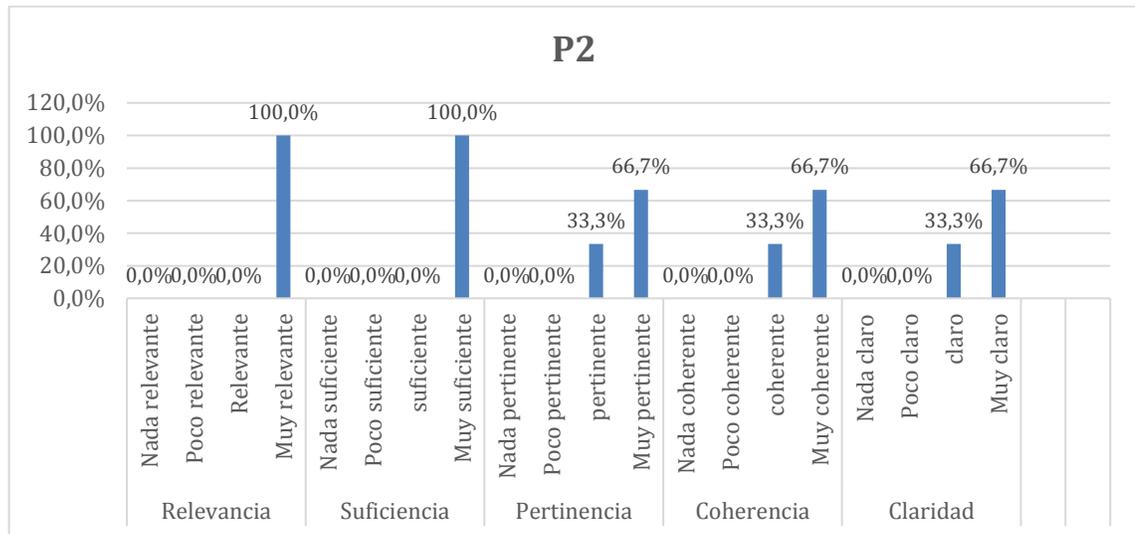
Con respecto a la relevancia todos los expertos estuvieron de acuerdo con que era muy relevante, en suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad los expertos estuvieron entre acuerdo y muy de acuerdo. (**Grafica 1**)

**Gráfica 1. Evaluación de validez de expertos de la P1**



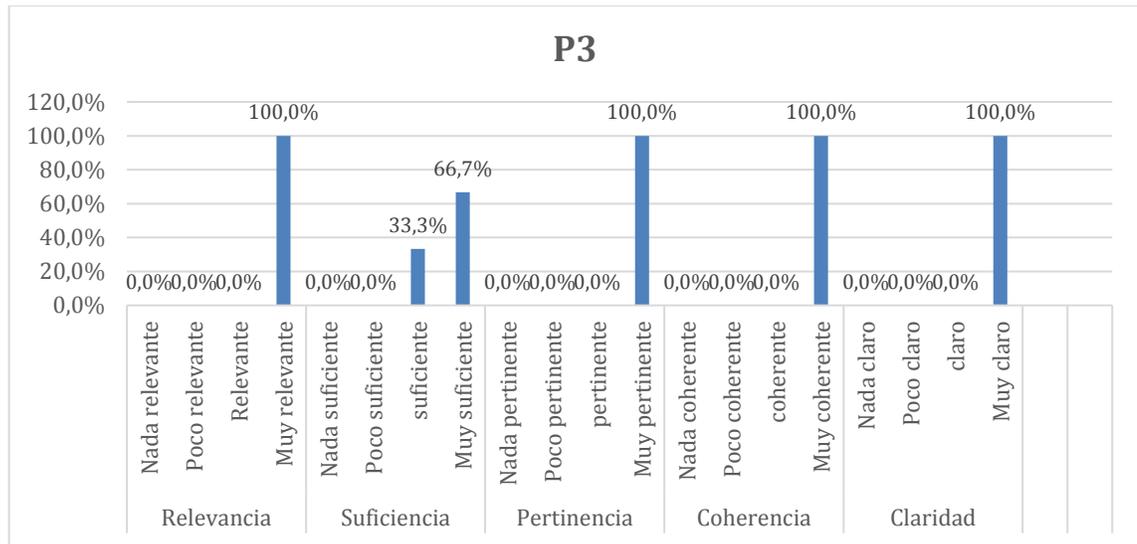
Con relación a la pregunta 2 los validadores están en total acuerdo frente a relevante, suficiencia, pertinencia coherencia y claridad de la pregunta, (**Grafica 2**)

**Gráfica 2. Evaluación de validez de expertos de la P2**



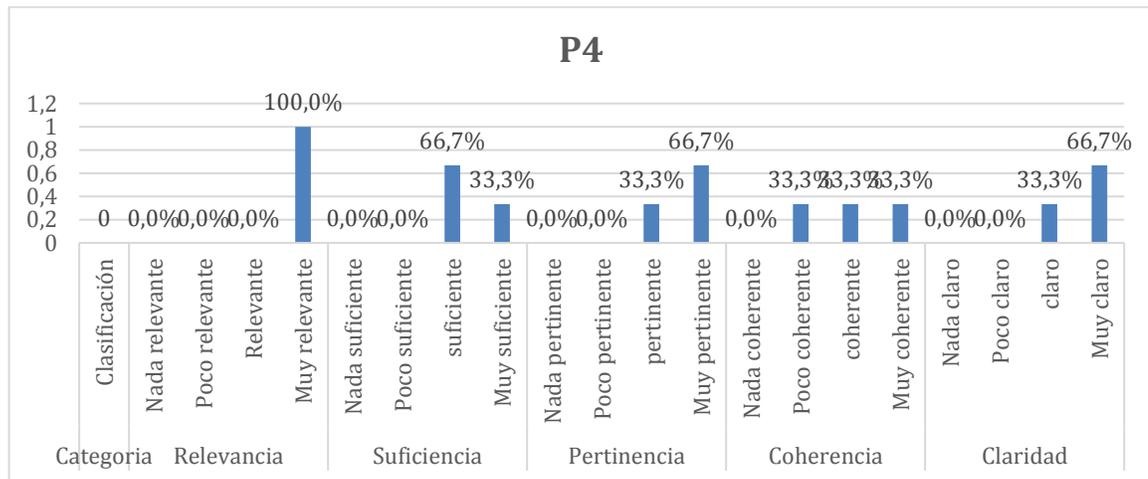
En consenso frente a la pregunta 3 los profesionales estuvieron en total acuerdo frente a los ítems correspondientes a relevante, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad, obteniendo una excelencia pertinente. (**Grafica 3**).

**Gráfica 3. Evaluación de validez de expertos de la P3**



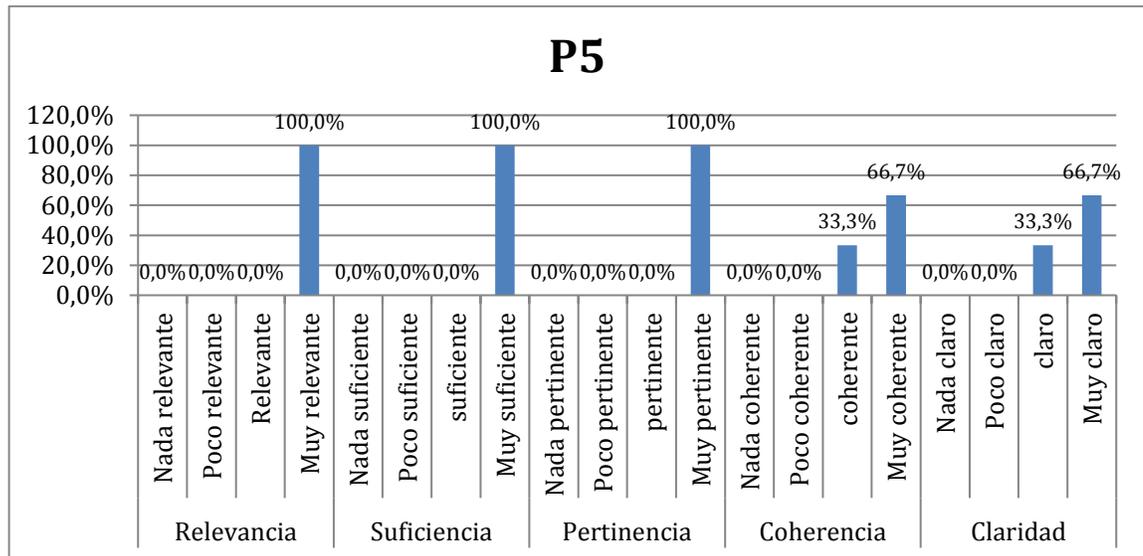
Respecto a la pregunta 4 los expertos estuvieron de acuerdo frente a la concordancia de la pregunta, con respecto a relevancia, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad, obteniendo un buen resultado. (Gráfica 4).

**Gráfica 4. Evaluación de validez de expertos de la P4.**



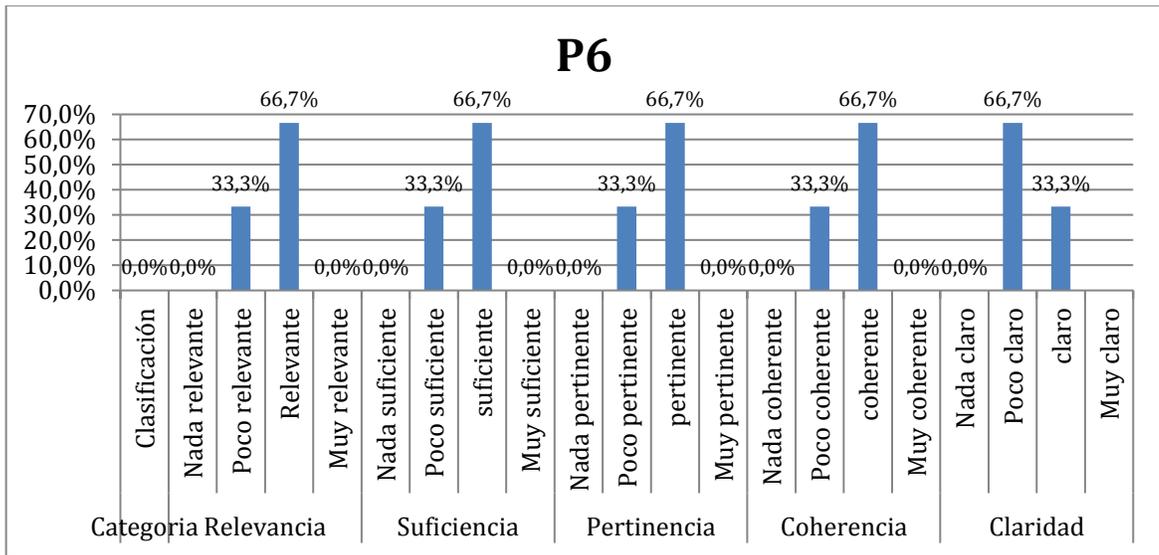
Los expertos estuvieron muy de acuerdo, ya que corresponde a una pregunta que obtiene y cumple con la relevancia, la suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad. Para ser validada. **(Gráfica 5).**

**Gráfica 5. Evaluación de validez de expertos de la P5**



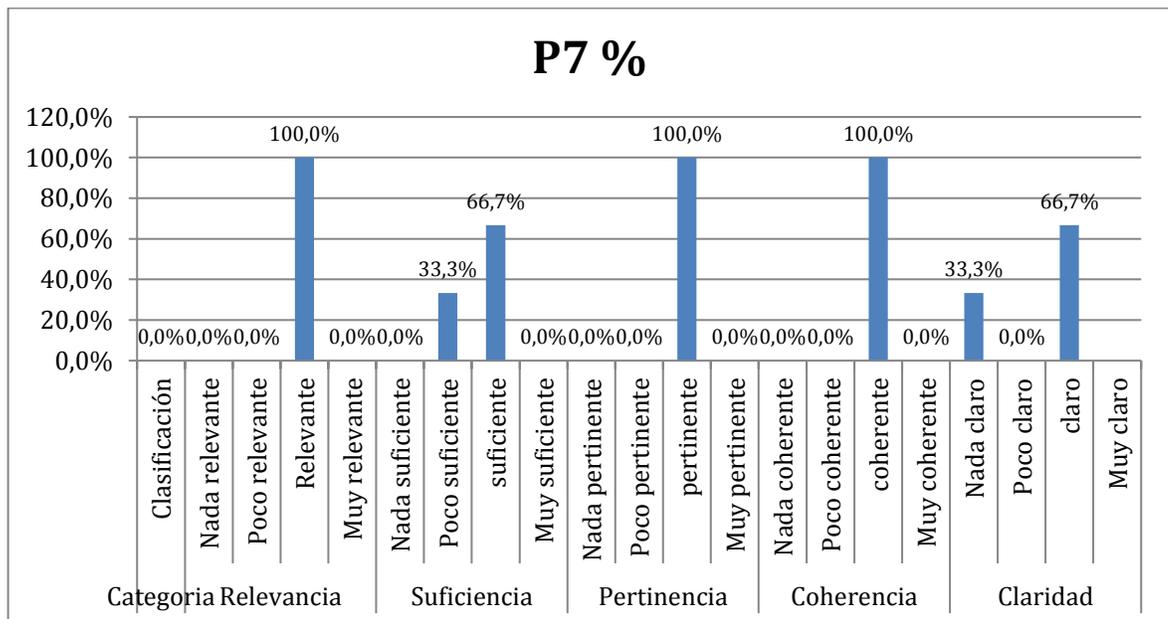
Los validadores estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo en la pregunta ya que cumplía con la relevancia, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad del tema sobre seguridad del paciente quirúrgico. **(Gráfica 6)**

**Gráfica 6. Evaluación de validez de expertos de la P6**



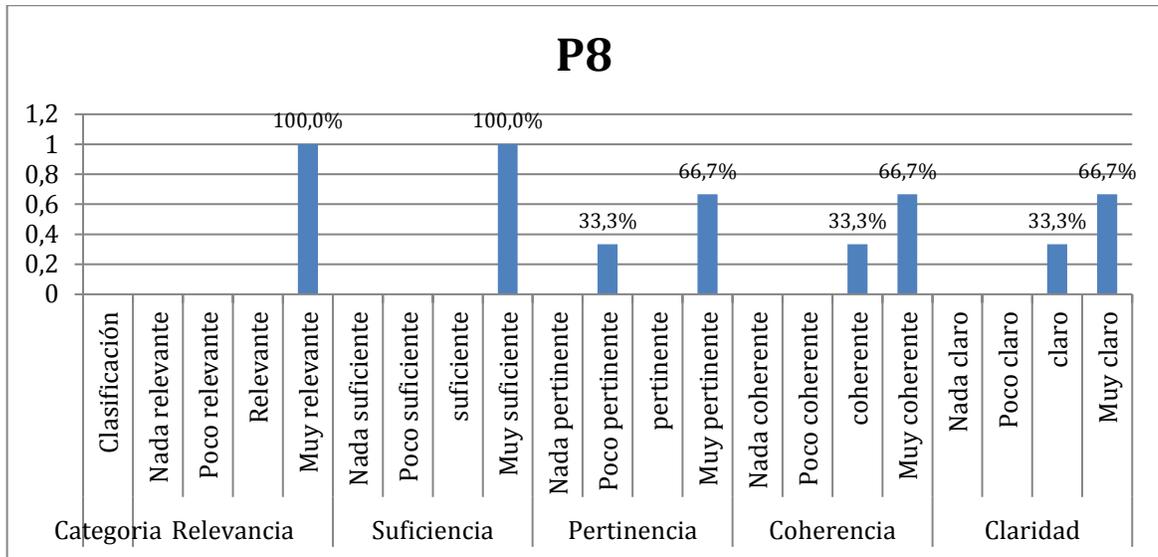
El estudio de la pregunta 7 revisada por los expertos tuvo una aprobación ya que cumplía con los requerimientos tales como relevante, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad. (Gráfica 7).

**Gráfica 7. Evaluación de validez de expertos de la P7.**



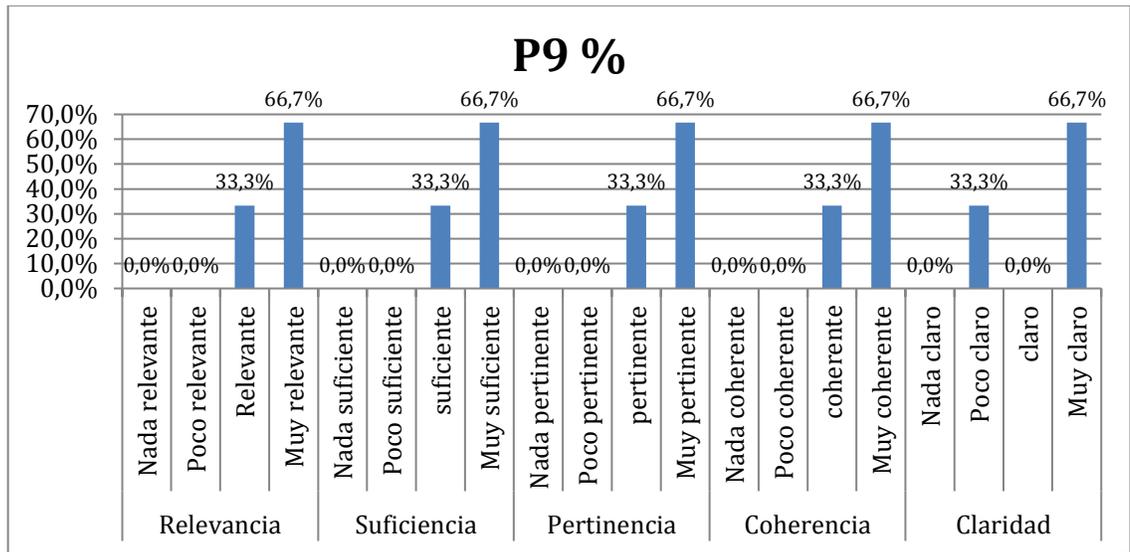
Los expertos estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo en la pregunta que cumplió con los ítems de pertinencia, relevante, suficiencia, coherencia, y claridad, los cuales demuestra que la pregunta es clara. **(Gráfica 8).**

**Gráfica 8.** Evaluación de validez de expertos de la P8.



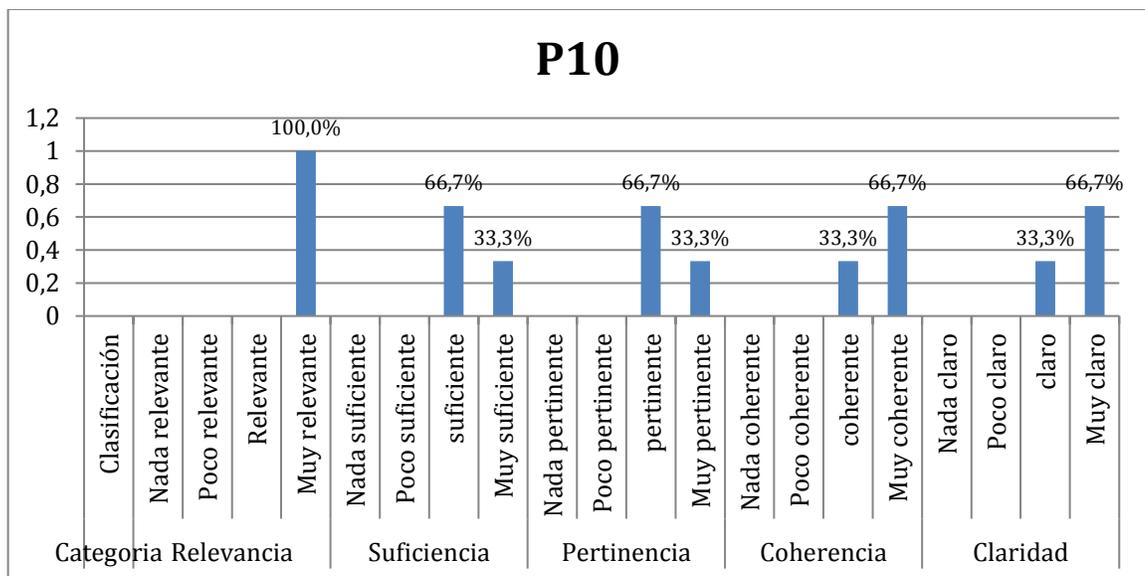
Con respecto a la pregunta 9 los expertos estuvieron muy conformes con la claridad de la pregunta, ya que cumplieron con la relevancia, la pertinencia, la suficiencia, coherencia y claridad. **(Gráfica 9).**

**Gráfica 9. Evaluación de validez de expertos de la P9.**



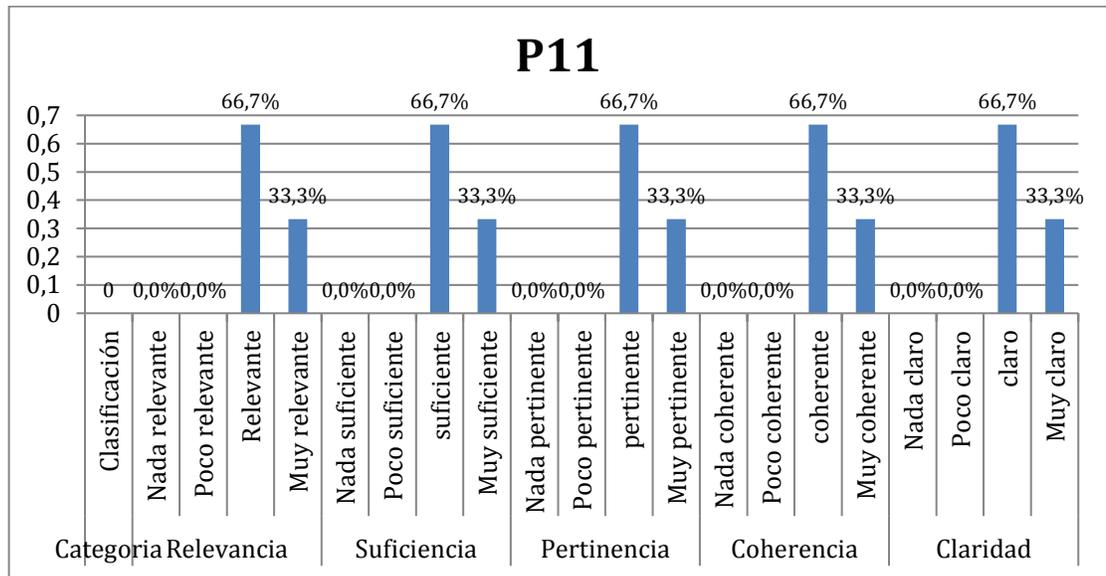
La validación de la de la pregunta fue muy favorable, ya que cumple con la pertinencia, la relevancia, la suficiencia, la coherencia y la claridad, que requiere el tema sobre seguridad del paciente. (Gráfica 10).

**Gráfica 10. Evaluación de validez de expertos de la P10.**



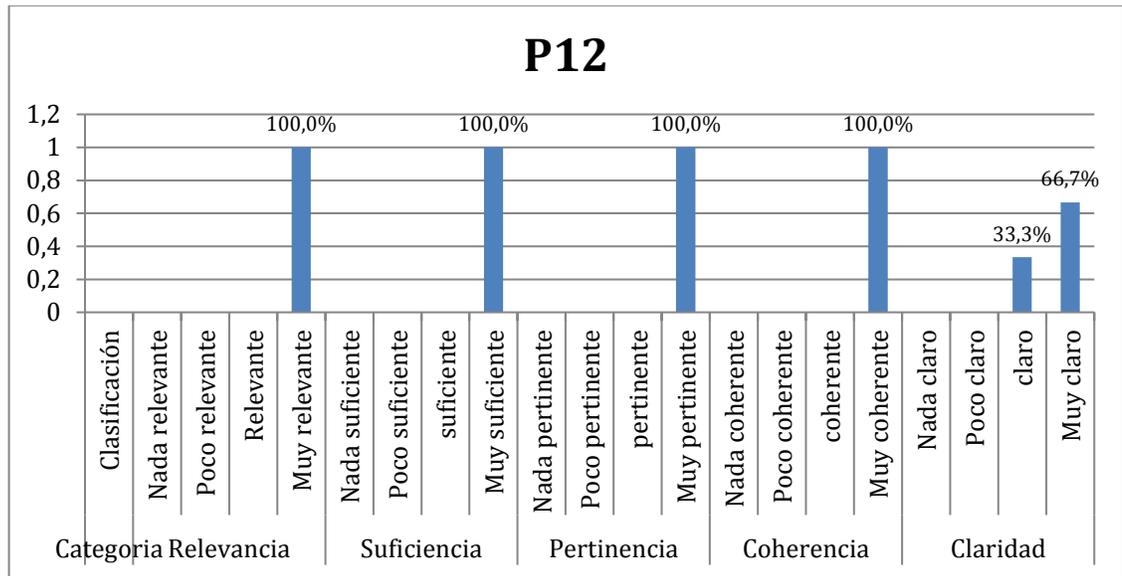
La validación de los expertos fue muy favorable ya que la pregunta era clara y coherente con el tema de seguridad del paciente, siendo muy relevante (**Gráfica 11**).

**Gráfica 11.** Evaluación de validez de expertos de la P11.



En la pregunta 11 como se puede evidenciar la validación fue muy relevante y los expertos estuvieron muy de acuerdo, ya que cumplía con la relevancia, la suficiencia, la prevalencia, la coherencia y la claridad de la pregunta. (**Gráfica 12**)

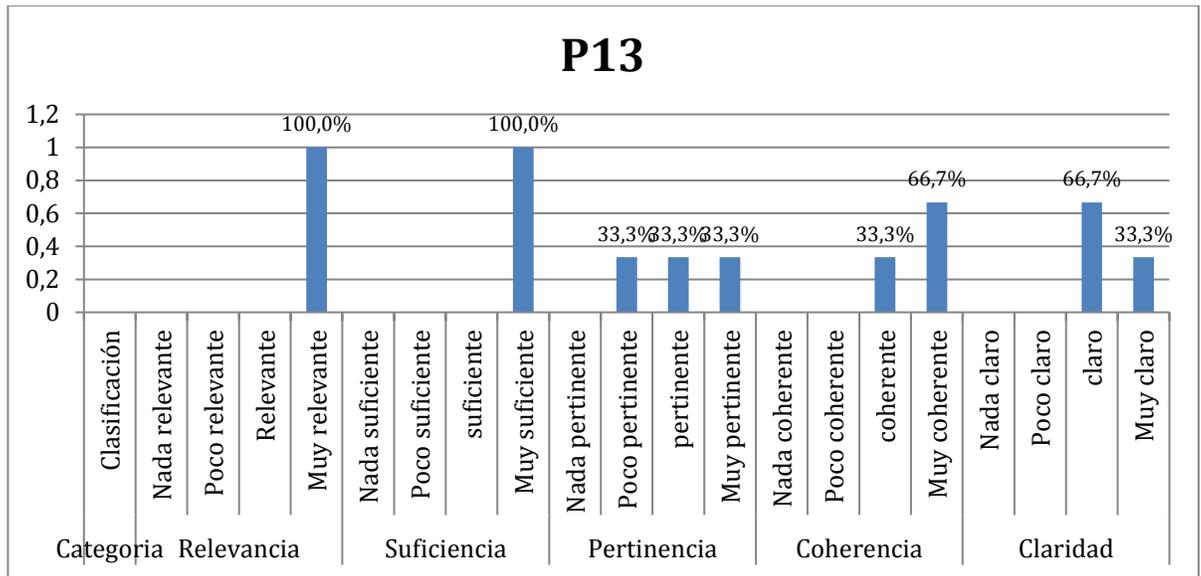
**Gráfica 12.** Evaluación de validez de expertos de la P12.



### 7.2.2 Actitudes

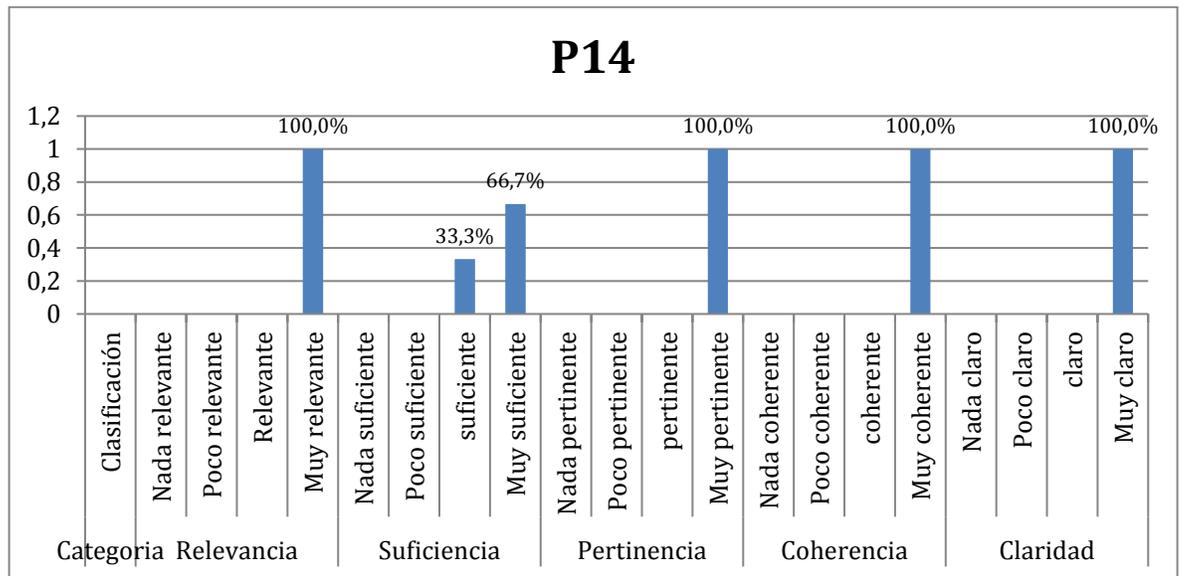
La prevalencia de la pregunta 13 fue validada de manera que los expertos estuvieron muy de acuerdo ya que la pregunta era coherente y clara con respecto al tema de seguridad del paciente. **(Gráfica 13).**

**Gráfica 13.** Evaluación de validez de expertos de la P13.



La pregunta 10 fue validada por los expertos de una manera favorable ya que obtuvo un nivel de relevancia favorable. (Gráfica 14)

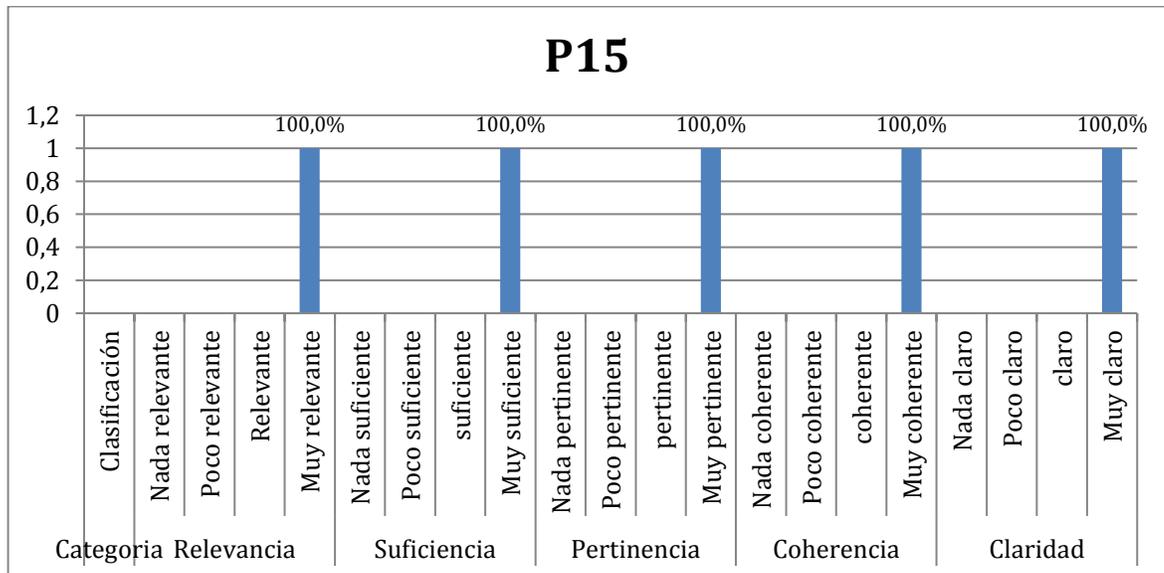
**Gráfica 14.** Evaluación de validez de expertos de la P14.



Se obtuvo una buena validación de la pregunta ya que los expertos estuvieron muy de acuerdo y de acuerdo al planteamiento de la pregunta, obteniendo así una relevancia favorable.

**(Gráfica 15)**

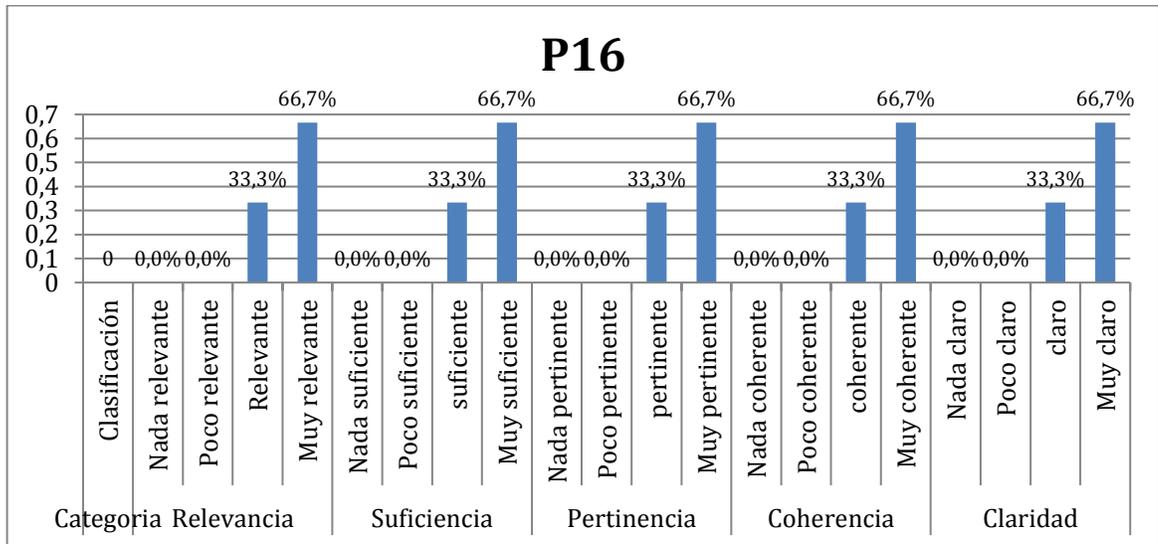
**Gráfica 15.** Evaluación de validez de expertos de la P4.



La relevancia de la pregunta 16 fue muy favorable ya que los especialistas estuvieron muy de acuerdo, ya que cumplían con el planteamiento que se requería para ser aprobado.

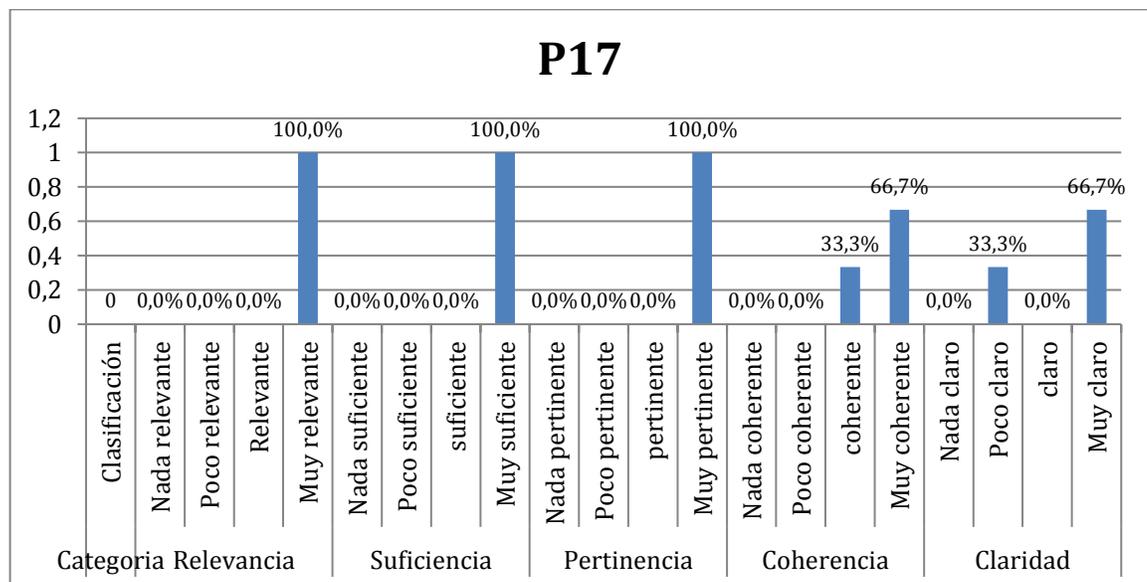
**(Gráfica 16).**

**Gráfica 16.** Evaluación de validez de expertos de la P16.



Con relación a la relevancia de la pregunta, los expertos en validación estuvieron entre muy de acuerdo y de acuerdo en el planteamiento de la pregunta. (**Gráfica 17**).

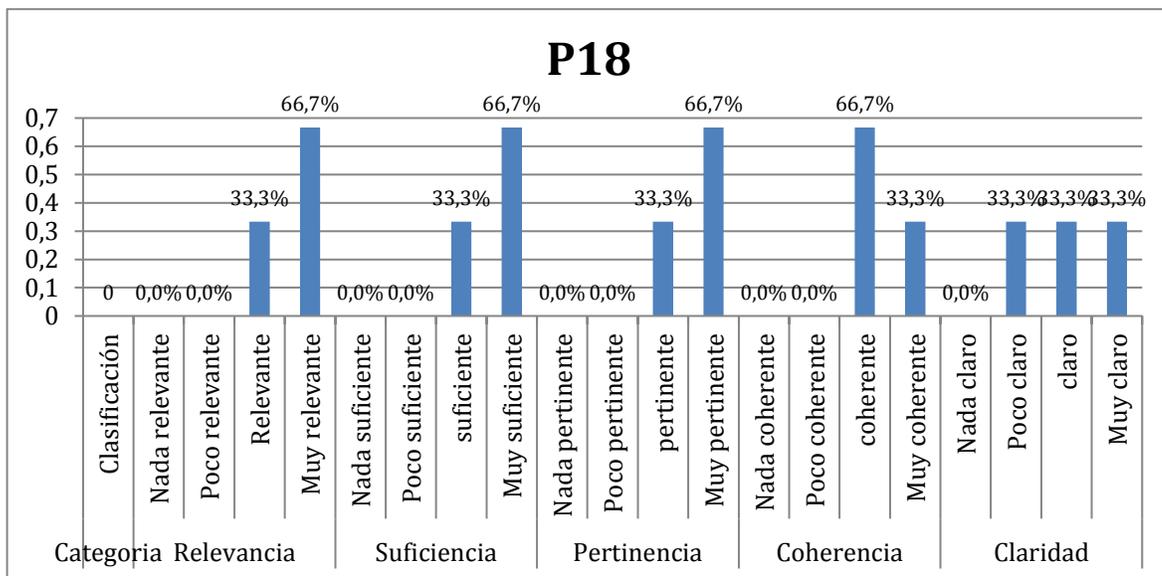
**Gráfica 17.** Evaluación de validez de expertos de la P17.



### 7.2.3 Practicas

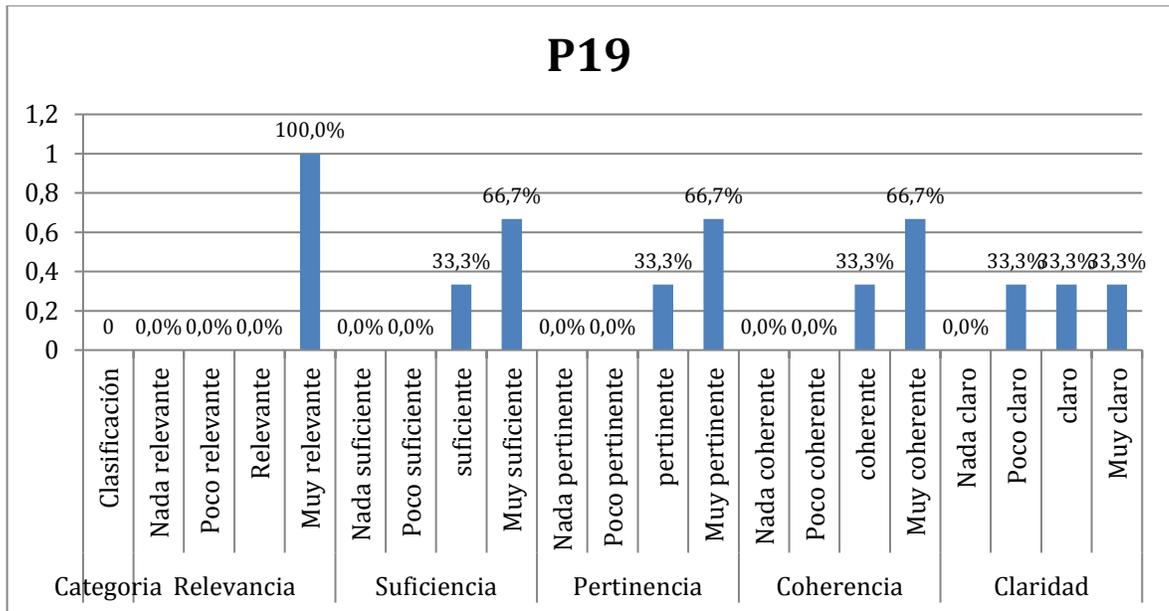
Respecto a la prevalencia los validadores estuvieron de acuerdo, ya que cumplía con la prevalencia, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad del tema. **(Gráfica 18).**

**Gráfica 18.** Evaluación de validez de expertos de la P18.



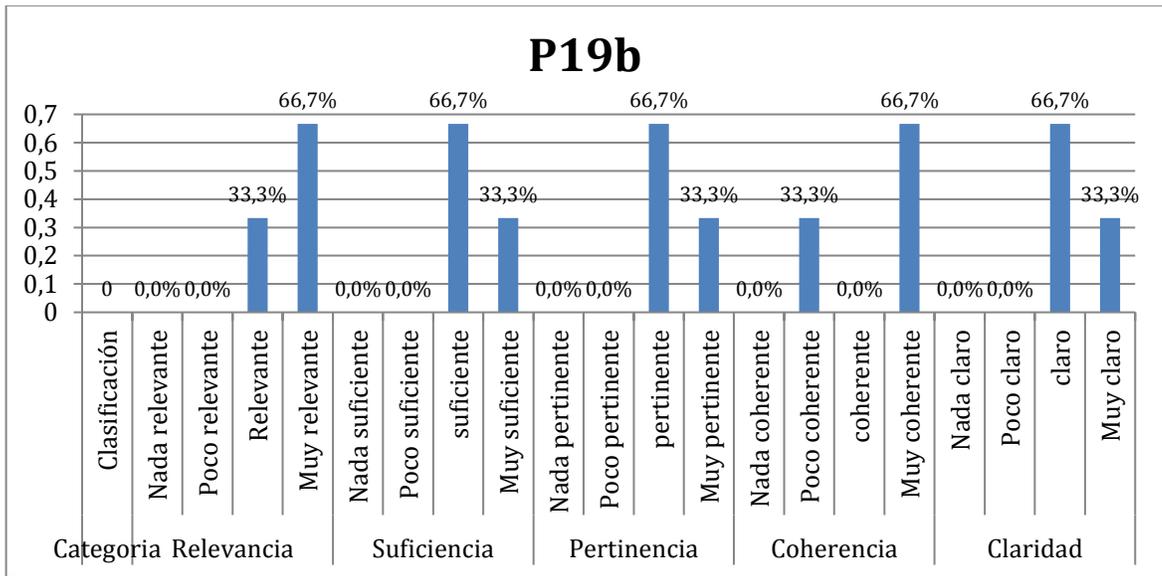
Podemos observar que la pregunta cumple con los ítems de prevalencia, la suficiencia, la pertinencia, la coherencia y claridad, dándole una prevalencia constante y debido a eso los especialistas estuvieron en acuerdo y muy de acuerdo. **(Gráfica 19).**

**Grafica 19. Evaluación de validez de expertos de la P19**



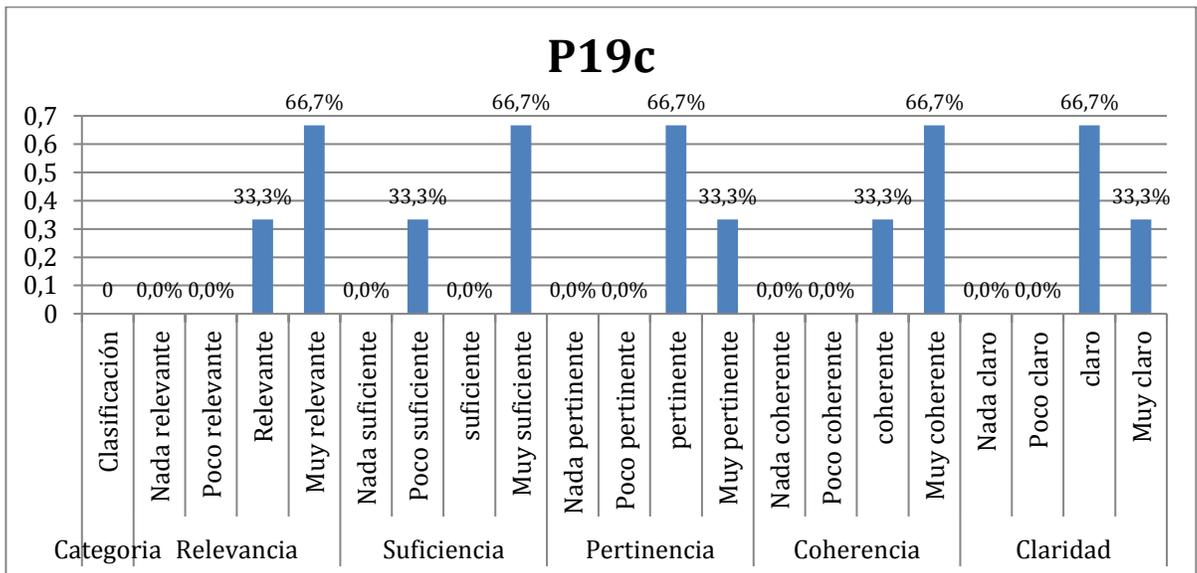
Podemos observar que la pregunta cumple con los ítems de prevalencia, la suficiencia, la pertinencia, la coherencia y claridad, dándole una prevalencia constante y debido a eso los especialistas estuvieron en acuerdo y muy de acuerdo. **(Gráfica 19b).**

**Gráfica 20.** Evaluación de validez de expertos de la P19b



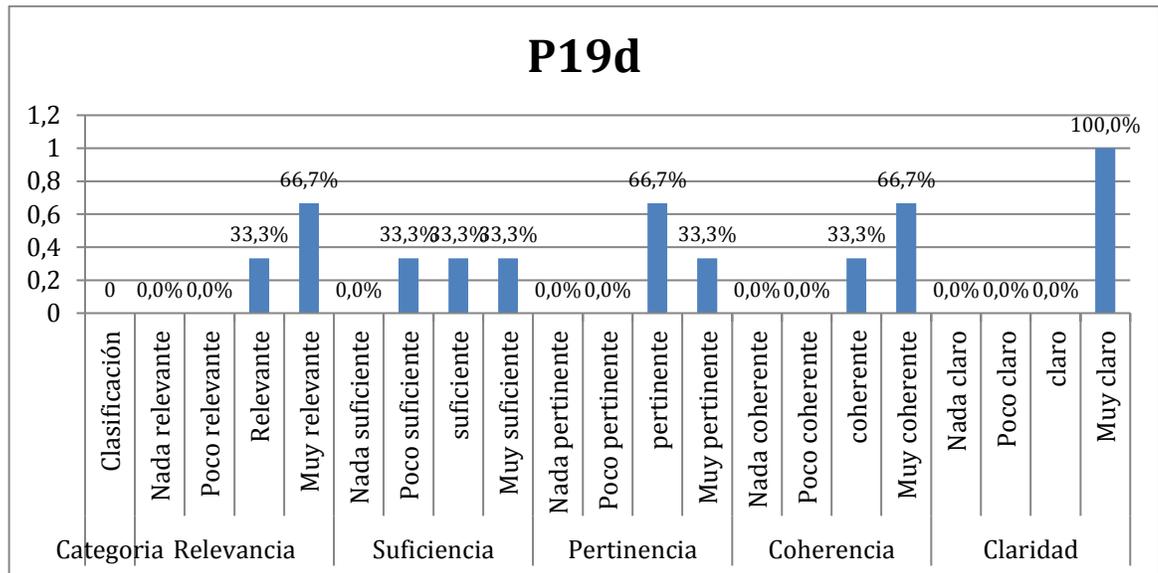
Podemos observar que la pregunta cumple con los ítems de prevalencia, la suficiencia, la pertinencia, la coherencia y claridad, dándole una prevalencia constante y debido a eso los especialistas estuvieron en acuerdo y muy de acuerdo. (Gráfica 19c).

**Gráfica 21.** Evaluación de validez de expertos de la P19c



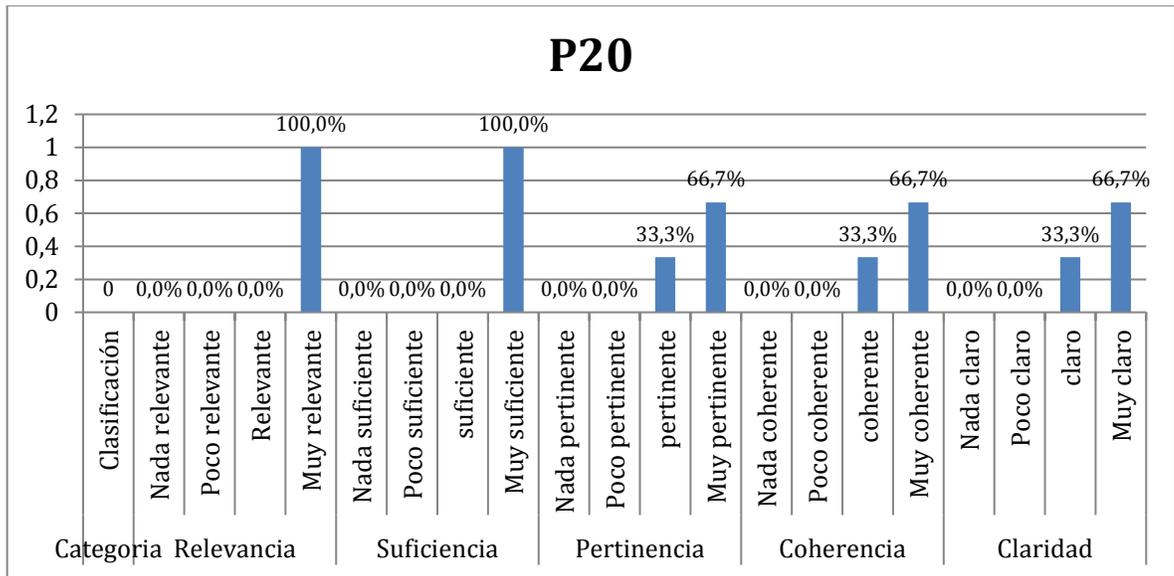
Podemos observar que la pregunta cumple con los ítems de prevalencia, la suficiencia, la pertinencia, la coherencia y claridad, dándole una prevalencia constante y debido a eso los especialistas estuvieron en acuerdo y muy de acuerdo. **(Gráfica 19).**

**Gráfica 22.** Evaluación de validez de expertos de la P19d.



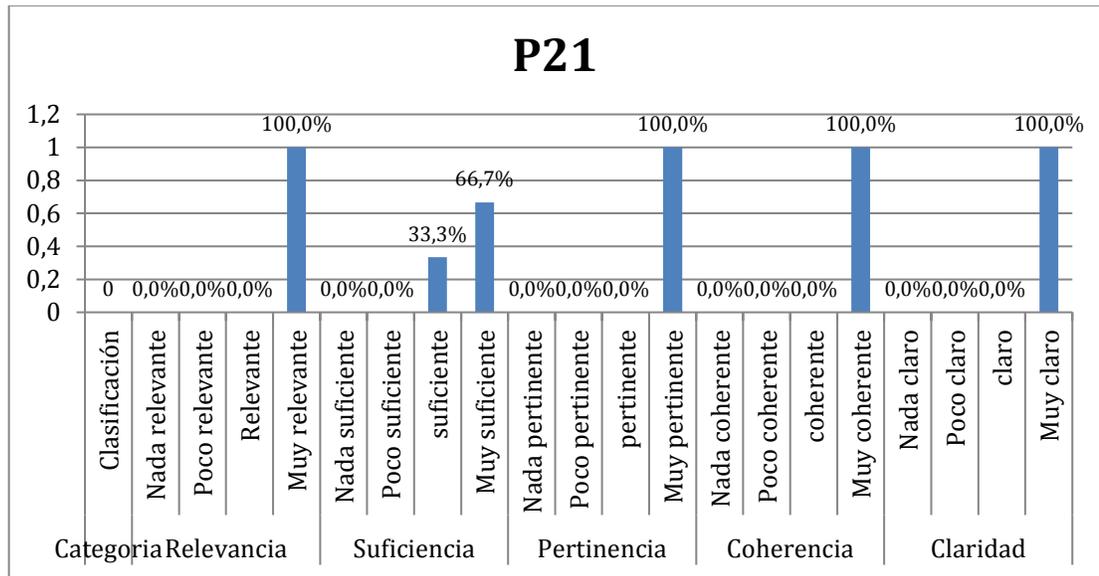
Con respecto a los expertos la pregunta 20 tiene una prevalencia constante la cual estuvieron entre de acuerdo y muy de acuerdo, ya que cumplen con la prevalencia, la suficiencia, la pertinencia, la coherencia y la claridad, es por eso que estuvieron en desacuerdo y muy de acuerdo. **(Gráfica 20)**

**Gráfica 23. Evaluación de validez de expertos de la P20**



Con respecto que los expertos estuvieron muy de acuerdo en la prevalencia de la pregunta, ya que cumple con los ítems de prevalencia, suficiencia, pertinencia, coherencia y claridad. **(Gráfica 21)**

**Gráfica 24. Evaluación de validez de expertos de la P21**



### 7.3 INSTRUMENTO DEFINITIVO

Objetivo principal de la validación es determinar el grado de aceptabilidad basados en los criterios de relevancia, suficiencia pertinencia coherencia y claridad. El juicio de los expertos representa una revisión minuciosa de cada ítem de tal forma que al ser aplicado la información que se recolecte pueda ser útil para los Estudiantes de Instrumentación Quirúrgica. Este está dividido de la siguiente manera:

- Capítulo I Aspectos Socio Demográficos
- Capítulo II conocimientos
- Capítulo III Actitudes
- Capítulo IV Prácticas

**INSTRUMENTO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN ESTUDIANTES DE  
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS SEMESTRES COMPENDIDOS  
DE IV A VII DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE 2019.**

Ha sido invitado a diligenciar esta encuesta que sólo le tomará unos minutos de su tiempo, sus respuestas serán completamente confidenciales y anónimas y los resultados serán globales no individuales y dicha información será para uso exclusivo de esta investigación.

Los investigadores agradecen que sea contestada de la manera más sincera posible, marcando con una X la opción que a su criterio considere la correcta y en los espacios de diligenciamiento por favor emplear letra clara y legible.

La presente encuesta consta en total de cuatro (4) capítulos para su mayor facilidad: I. Aspectos socio demográficos, II. Conocimientos en Seguridad del paciente Quirúrgico III actitudes frente a la Seguridad del paciente quirúrgico y el IV prácticas de seguridad en el paciente quirúrgico.

Firma \_\_\_\_\_

**CAPÍTULO I.  
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

En este capítulo encontrará preguntas de selección múltiple las cuales usted deberá responder con una X en la respuesta que considere adecuada y preguntas abiertas con letra clara y legible.

1. Fecha : \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Femenino \_ Masculino \_

3. ¿Qué semestre cursa actualmente?

| IV | V | VI | VII |
|----|---|----|-----|
|    |   |    |     |

4. Nivel de práctica formativa en el que actualmente se encuentra:

- Práctica Clínica I
- Práctica Clínica II
- Práctica Clínica III
- Práctica Profundización Administrativa
- Práctica Profundización en Clínica

## CAPÍTULO II

### CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

En este capítulo encontrará preguntas de opción múltiple con única respuesta. Por favor responda según sea el caso dado.

5. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de Seguridad del Paciente (SP) se define como:

- a.  Seguridad del Paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos e instrumentos que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso.
- b.  Seguridad del Paciente es brindar recomendaciones Técnicas en Atención en Salud
- c.  Seguridad del Paciente es difundir información sobre la Práctica Médica.
- d.  Seguridad del Paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociada a la atención sanitaria.
- e.  No sabe

6. Relacione los siguientes conceptos de cada columna A Y B sobre Seguridad de Seguridad del Paciente Quirúrgico :

#### COLUMNA A

#### COLUMNA B

- a. Evento Adverso  servicios recibos por los pacientes para promover y mantener o restaurar la salud
- b. Atención en Salud  Es el resultado en una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- c. Incidente  Resultado no deseado, no intencional que se habría evitado
- d. Evento Adverso Reversible  no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

7. Conoce usted en qué consiste la Política de Seguridad de Paciente fomentada por el Ministerio de la Protección Social (MPS) que se expidió en junio de 2008 ,bajo el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS)

Si\_ No \_

8. Sabe usted ¿Qué es una pausa de Seguridad y de qué manera se aplica en su sitio de Rotación?

Si\_ No\_

9. Como estudiante de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad el Bosque para su formación en Práctica Clínica es importante conocer sobre los Retos Mundiales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

**Relacione la columna A con la Columna B**

| COLUMNA A  | COLUMNA B   |
|--|---|
| <b>Una atención limpia es una atención más segura.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Mejorar la calidad de los procedimientos quirúrgicos para así reducir el riesgo de muerte mediante cuatro líneas de acción.</li> </ul>                        |
| <b>seguridad del paciente: medicación sin daños</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> La reducción de infecciones relacionadas a la atención sanitaria y es por eso que creo los 5 momentos para el lavado de manos una atención limpia.</li> </ul> |
| <b>Cirugía Segura Salva vidas</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Reducir el daño que causa los errores de medicación.</li> </ul>   |

10. Teniendo en cuenta las estrategias de la política de seguridad del paciente Escriba si es falso (F) o verdadero (V) Según corresponda.

Para el control de la ocurrencia de un evento adverso y como un mecanismo de barrera y seguimiento de Seguridad en el paciente, el modelo utilizado es Modelo de “*Queso Suizo de James Reason*” donde son expuestos y evidenciados los errores estructurales dentro del sistema gracias a esto se pueden observar e individualizarlos.

V ( ) F ( )

11. Marque con una x la respuesta correcta ¿Qué es un factor atenuante?

a. ( ) Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Pueden ser prevenibles y no prevenibles”.

b.( )Son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente”

c. ( )No sabe

**12.** Sabe Ud. identificar las diferentes acciones inseguras dentro del equipo quirúrgico que pueden causar un evento adverso

SI\_ NO\_

### **CAPÍTULO III**

#### **ACTITUDES FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO**

En este capítulo encontrará preguntas múltiples con única respuesta. Por favor responda con una x según sus Actitudes frente a la Seguridad del Paciente quirúrgico.

**13.** Cuando su supervisora (o) directo(a) o superior en su sitio de Rotación, antes de empezar la cirugía realiza la pausa de Seguridad del paciente quirúrgico, con todo el equipo Quirúrgico Usted.

a.( )Le es de su total interés y hace parte activa de él

b.( )No le interesa y piensa que es irrelevante para usted

c.( ) Piensa que no está dentro sus competencias como estudiante

**14.** Cuando su supervisora (or) directo o superior, durante la cirugía está realizando el conteo de gasas, compresas, instrumental quirúrgico agujas etc. Usted como estudiante:

a.( )Le es de su total interés y hace parte activa de él

b.( )No le interesa y piensa que es irrelevante para usted

c.( ) Piensa que no está dentro sus competencias como estudiante

**15.** Durante el procedimiento quirúrgico, usted como estudiante está pendiente y atento para evitar que se presente algún tipo de incidente.

a.( )Le es de su total interés y hace parte activa de él

b.( )No le interesa y piensa que es irrelevante para usted

c.( ) Piensa que no está dentro sus competencias como estudiante

**16.** Usted en su sitio de rotación de práctica formativa se ve frente a una falla evidente en un incorrecto control de esterilidad del equipo, una vez corroborado usted:

- a.  No le interesa y piensa que es irrelevante para usted y sigue su actividad , guarda silencio y no lo notifica
- b.  Lo notifica directamente a supervisora(o) directo o superior inmediatamente.
- c.  Piensa que no está dentro sus competencias como estudiante

**17.** Una vez terminado el procedimiento quirúrgico usted observa que el paciente tuvo una lesión en su piel producto de una quemadura durante la intervención quirúrgica, usted:

- a.  No le interesa simplemente no le interesa y sigue su actividad , guarda silencio y no lo notifica
- b.  Lo notifica directamente a supervisora(o) directo o superior inmediatamente.
- c.  Piensa que no está dentro sus competencias como estudiante

### **CAPÍTULO III**

#### **PRÁCTICAS FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

En este capítulo encontrará preguntas múltiples con única respuesta marque con una X según corresponda. Por favor responda según sus Prácticas frente al paciente quirúrgico y dentro equipo quirúrgico.

**18.** ¿Aplica usted el protocolo correspondiente que debe seguir cuando se presenta un evento adverso en cada sitio de rotación por los que ha realizado su práctica formativa?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

**19.** ¿Usted en su sitio de rotación de práctica formativa ha reportado o notificado alguna vez un evento adverso ante su supervisora (or) superior inmediato de práctica formativa?

Si\_ No\_

**Si su respuesta es si**

- Describa brevemente el tipo de evento adverso que reportó o notificó

**20.** De las siguientes opciones seleccione que estrategia utiliza usted, para concientizar sobre el tema de Seguridad del paciente en el sitio de Rotación en cual se encuentra desarrollando su práctica.

- a. ( ) Esperar a que ocurra un evento adverso.
- b. ( ) Esperar los resultados sobre la presencia de eventos adversos
- c. ( ) La reflexión sobre los temas de seguridad, las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.

**21.** De las siguientes Prácticas en Seguridad del Paciente Quirúrgico selecciones las que ha realizado durante su Práctica en su sitio de rotación como estudiante

a. Realizar la lista de chequeo y realizar la pausa de seguridad

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

b. Llenar los formatos correspondientes a hoja de Indicadores, si los hay

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

c. Llenar los formatos correspondientes de instrumentación quirúrgica en las patologías, si los hay

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

d. Llenar los formatos correspondientes de instrumentación quirúrgica en farmacia, si los hay

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

**22.** Usted establece una comunicación eficaz entre el equipo quirúrgico – paciente.

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

**23.** Ha participado en actividades pedagógicas de promoción, prevención de seguridad del paciente durante su práctica clínica

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

## 8 DISCUSIÓN

El instrumento va dirigido a Estudiantes de Instrumentación Quirúrgica en Práctica formativa de la Universidad del Bosque, tiene un grado de aceptabilidad del 88%, las preguntas que tuvieron bajo porcentaje en claridad fueron la pregunta 4 y la pregunta 14 por el validador 1 y la pregunta 10 por el validador 2, donde plantearon cambiar la redacción de la pregunta para su mayor comprensión; con sus respectivas observaciones se realizó sus modificaciones de acuerdo a los validadores. Con relación al diseño de este tipo de instrumentos específicamente dirigido a estudiantes de Instrumentación quirúrgica que están desarrollando sus prácticas no se ha encontrado estudios previos.

Comparando las experiencia del estudio que se realizó en profesionales sanitarios y no sanitarios del Hospital Universitario San Juan de Alicante en cuanto a la Creación y validación de una nueva escala para medir cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante en donde se dimensionó la cultura para crear un ambiente laboral y efectivo en los procedimientos con respecto a nuestra Investigación la experiencia al diseñar instrumentos de medición es fundamental como un método eficaz para obtener información y que dicha recolección ayuda a comprender mejor los conceptos de Seguridad del paciente<sup>5</sup>.

Al realizar otra comparación con el estudio de diseño y validación de una escala para medir el riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años su experiencia en cuanto al tipo de preguntas, la extensión, el formato de las respuestas y el modo de administración donde los ítems se agruparon en sub escalas por medio de variables cualitativas lo cual fue de medición y observación en cuanto al Seguridad del Paciente<sup>53</sup>.

Este instrumento va dirigido a los estudiantes de la Universidad El Bosque, como también se puede aplicar para estudiantes de otras universidades y enfocados al área de la salud, ya que su base es el tema de Seguridad del paciente. También es de utilidad para recopilar información en cualquier otro ámbito que se necesite, así mismo adaptarlo de acorde al

objetivo de la temática, se puede desarrollar con total eficacia en donde dicho instrumento fue sometido al análisis, validación de expertos y la información que sea de una fuente confiable y verídica.

## 9 CONCLUSIONES

- ✓ Se identificaron los procesos establecidos para la seguridad del paciente tanto internacional y nacional de acuerdo a los lineamientos de la OMS, para evitar o en el momento de tener un evento adverso.
- ✓ El estudio aporta un diseño de un instrumento validado por expertos para determinar cuáles son variables que permitan describir los conocimientos, actitudes y prácticas de Seguridad del paciente Quirúrgico de estudiantes del área de la salud en práctica formativa.
- ✓ De forma general la validación y aceptación del instrumento fue de un 88% teniendo en cuenta los 4 criterios de validación.
- ✓ En el capítulo de prácticas se obtuvo un 90% de aceptabilidad de manera unánime de los validadores.

## **10 RECOMENDACIONES**

### **A LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

Se recomienda la aplicación del instrumento con un tiempo suficiente para poder obtener los resultados esperados.

Es de vital importancia que siga fomentando la Investigación en la formación del pregrado para generar y así optimizar resultados importantes donde se destaque el ejercicio profesional.

### **AL PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

Seguir con el apoyo a las investigaciones de esta clase para así originar documentos artículos avances y evidencias para así darse a conocer y ser reconocida la profesión de Instrumentación Quirúrgica en campo de la investigación.

## 11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud y protección social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet]. Colombia. [Citado 18 Agosto 2019]. 22. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ilustrar-al-paciente-en-autocuidado-seguridad.pdf>
2. García P. Sacristán D. Panamericana. Diccionario de términos médicos de la real academia nacional de medicina. [Internet]. 2012. [citado 18 agosto 2018]. disponible en: <https://dtme.ranm.es/legal.aspx>
3. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente. [Internet]. [Citado 15 Sept 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
4. Moses H., Matheson D., Dorsey E., George B., Sadoff D., Yoshimura S. Institutos Nacionales de la Salud de Financiamiento para Intervenciones de Comportamiento para Prevenir Eventos Adversos; Revista Americana de Medicina Preventiva. [Internet]. 2015. [Acceso 19 de octubre de 2018]; 48(4):462. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379714006205>
5. OMS. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente. [Internet]. 2009: [consultado 12 de agosto de 2018]. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)
6. Secretaría Nacional de Sanidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. 2006. [Citado 12 Agos 2018]. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
7. OMS. Hacia una atención hospitalaria más segura. 2010. [Citado 01 Enero 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
8. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Colombia. 2011. [citado 18 agosto 2018]. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/salud/documents/calidadatenci%20c3%b3nensalud/lineamientos%20para%20la%20implementaci%20n%20de%20la%20pol%20tica%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20la.pdf>
9. Ministerio de la protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2008. [Citado 05 Agosto 2018]. Disponible en: [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf)
  10. Vicente Odio E. Enfoque pedagógico del error médico. Educ Med Super [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Mayo 20]; 28(4): 790-799. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412014000400017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000400017&lng=es).
  11. Campos-Castolo E. Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. Rev. CONAMED; 2010. [citado 2019 Mayo 20]; 15(3):116-124. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393236.pdf>
  12. Delgado Arango N. Cultura de seguridad del paciente: una mirada al talento humano en salud que conforma el equipo quirúrgico de tres instituciones de salud. [Trabajo de grado para maestría]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2015
  13. Ministerio de salud. Ley 1164 de 2007. [Internet]. Colombia: 2007. [Citado 05 Enero 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)
  14. Ministerio de salud. Ley 784 de 2002. [Internet]. Colombia: 2007. [Citado 05 Enero 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Instrumentaci%C3%B3n\\_Quir%C3%B3rgica\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Instrumentaci%C3%B3n_Quir%C3%B3rgica_Octubre2014.pdf)
  15. Carrillo S., Lorduy J., Muñoz R. Profesional de Instrumentación Quirúrgica frente a la aplicación de los principios y valores bioéticos de acuerdo con la ley de talento humano en salud en Colombia. Artículo de investigación. 2018. [Citado 04 Marzo 2019]; 22(1):134-147. Disponible en: <file:///C:/Users/Danna%20Carolina%20Gomez/Downloads/0123-3122-pebi-22-01-00134.pdf>

16. Gutierrez L., Torres A., Soria M., Padron A., Ramirez M. Costos de eventos adversos graves de un hospital comunitario de enseñanza en México. *Revista cirugía y cirujanos*. [Internet]. 2015. [Citado 05 Sept 2018]; 83(3):211-216. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Luis\\_Gutierrez\\_Mendoza/publication/278047480\\_Costos\\_de\\_eventos\\_adversos\\_graves\\_en\\_un\\_Hospital\\_Comunitario\\_de\\_Ensenanza\\_en\\_Mexico/links/559e87b608aeab53f8fd5075.pdf?origin=publication\\_list](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Gutierrez_Mendoza/publication/278047480_Costos_de_eventos_adversos_graves_en_un_Hospital_Comunitario_de_Ensenanza_en_Mexico/links/559e87b608aeab53f8fd5075.pdf?origin=publication_list)
17. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial para la seguridad del paciente. Ginebra 27, Suiza, 2014. [Citado 28 Agosto 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
18. Vieceli L., Schebella G. Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015. [Citado 08 Mar 2018]; 23(1). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100036&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100036&script=sci_arttext&tlng=es)
19. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de La Salud. [Internet]. 2002. [Citado 08 Mar 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Ministerio de la protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007. [Citado 20 Sept 2018]. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.govCuartaEstrategia:InvolucraralpacienteysuFamilia](http://www.minprotecciónsocial.govCuartaEstrategia:InvolucraralpacienteysuFamilia).
21. Reason J. *Human error: models and management*. MA: Cambridge Universitypress. [Internet]. 2005. [consultado 16 de septiembre de 2018]; 320(18). Disponible en: [http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/eventos/human\\_error.pdf](http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/eventos/human_error.pdf)
22. Martínez A. Unkauf *Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías*. [Consultado 16 de septiembre de 2018]. Disponible en <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEK-Gestion/article/download/164/pdf/>

23. Martínez A. Unkauf Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. [Consultado 16 de septiembre de 2018]. Disponible en <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEK-Gestion/article/download/164/pdf/>
24. Ministerio de la protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007. [Citado 20 Sept 2018]; 15. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.gov](http://www.minprotecciónsocial.gov)
25. Ministerio de la protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007. [Citado 20 Sept 2018]; 18. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.gov](http://www.minprotecciónsocial.gov)
26. Ministerio de la protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007. [Citado 14 Agos 2018]; 10. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.gov](http://www.minprotecciónsocial.gov)
27. Ministerio de la Protección SOCIAL, ICONTEC. Taller presencial de Aplicación Metodología Ancla. Herramienta de Análisis de Eventos Adversos. [Citado 14 Agos 2018]. Disponible en: <https://oes.org.co/producto/aplicacion-de-la-metodologia-ancla-como-herramienta-de-analisis-de-eventos-adversos/>
28. República de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social. [Internet]. 2002. [Consultado 14 de agosto de 2018]; 8. Disponible en: [www.minproteccionsocial.gov](http://www.minproteccionsocial.gov)
29. Aranaz J., Aibar C., Gea M., León M. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc) 2004 [Citado 18 May 2018]; 123:21-5. Disponible en [https://www.seguridadelpaciente.es/conferencias/II/contenidos/docs/archivos/jesus\\_arana\\_z.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/conferencias/II/contenidos/docs/archivos/jesus_arana_z.pdf)
30. Gaitán Hernando, M.D, Eslava Javier S. M.D, Tamizajes de Eventos Adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia 2002-2003. Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia.
31. Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

- Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 94. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
32. Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 140. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
33. Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 141. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.
34. Posición del Centro de Gestión Hospitalaria ante el XVI Foro Internacional. Gestión clínica: seguridad del paciente [Internet]. 2007. [Citado 15 Sept 2018]; (40):2-7. Disponible en <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no48-2009>
35. Vitolo F. Identificación de eventos adversos ¿Qué es el Global Trigger Tool?. Compañía de seguros. [Internet]. [Citado 15 Sept 2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/282958985>
36. Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2007. [Citado 15 Sept 2018]: 161. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.
37. Universidad de Barcelona. Principales usos y beneficios del diagrama de Pert. [Citado 15 Sept 2018]. Disponible en: <https://www.obs-edu.com/int/blog-project-management/planificacion-de-las-actividades-y-tiempo-de-un-proyecto/principales-usos-y-beneficios-del-diagrama-de-pert>

38. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014, república de Colombia. 2014. [Consultado 05 de agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
39. Encuestas (Surveys). Capítulo 6. [Citado 16 Mayo 2019]. Disponible en: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A8637f669-7023-40ee-ba52-f63ac277657d>
40. Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martinez M., Sanz Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra. [Internet]. 2011. [Citado 17 Mayo 2019]; 34(1):63-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)
41. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP): una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria. [Internet]. 2008. [Citado el 10 septiembre 2010]. Disponible en [http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=73&Itemid=224](http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=73&Itemid=224)
42. Meléndez C, Muñoz M, Burgos L. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería del hospital III Iquitos Essalud, punchana 2017. [Internet]. Perú; 2017. [Citado 01 Abril 2019]. Disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5013/Cristina\\_Tesis\\_Titulo\\_2\\_017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5013/Cristina_Tesis_Titulo_2_017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
43. Métodos cuantitativos Ejemplo de encuestas CAP. [Internet]. 2011. [Citado 05 Agosto 2018]. Disponible en: [https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm\\_guia\\_encuesta\\_cap\\_2011](https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guia_encuesta_cap_2011)
44. Manrique E. Seguridad de paciente y gestión de riesgo en estomatología. [Internet]. 2016. [Citado 18 mar 2019]: 94. Disponible en: <https://www.slideshare.net/jorgemanriquechavez/seguridad-de-pacientes-y-gestin-de-riesgo-en-estomatologa>

45. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. [Internet]. 2008. [citado 16 Mar 2019] Disponible en: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/))
46. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente: Ginebra. Organización mundial de la salud: 2009: [consultado 12 agosto 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)
47. Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)
48. Rodríguez H. Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005 [Consultado 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Memorias\\_Simposio/presentacion\\_ops\\_hernan\\_rodriguez.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Memorias_Simposio/presentacion_ops_hernan_rodriguez.pdf)
49. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente Ginebra. Organización Mundial Para La Seguridad Del Paciente: 2005-2006. [Consultado 12 de marzo 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf)
50. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Internet]. 2008. [consultado 01 de mayo de 2019]: 35-39. Disponible en: [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
51. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993. [Internet]. Colombia. [Citado 02 feb 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
52. Laborde M., Velázquez M., Ramos G., Compañ A., Morales M. Creación y validación de una nueva escala para medir cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

- Journal of healthcare quality Research. [Internet]. 2019. [Citado 17 Mayo 2019]; 34(1):12-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919300028>
53. Rodríguez C., Pedraza M., Gadea C., Medina M., Moro N., García A. Diseño y validación de una escala para medir el riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años. [Internet]. 2019. [Citado 15 Mayo 2019]; 4:47-54. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/59>.